UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 38

ESSAI DE DIFFÉRENCIATION CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

Quelques Points douloureux de l'Abdomen

POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC

DES AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES, BILIAIRES ET DES CŒLIALGIES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mars 1922

PAR

Georges AVIERINOS

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 8 octobre 1896

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — DUCAMP, professeur, *Président*. VEDEL, professeur. EUZIERE, agrégé. MARGAROT, agrégé. — *Assesseurs*.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1922

ESSAI DE DIFFÉRENCIATION CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

QUELQUES POINTS DOULOUREUX DE L'ABDOMEN

POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC

DES AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES, BILIAIRES

ET DES CŒLIALGIES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0140

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 38

ESSAI DE DIFFÉRENCIATION CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

Quelques Points douloureux de l'Abdomen

POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC

DES AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES, BILIAIRES ET DES CŒLIALGIES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mars 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Georges AVIERINOS

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 8 octobre 1896

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
VEDEL, professeur.
EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*
MARGAROT, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
		TEDENAT.
Clinique chirurgicale		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES.
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
		GAUSSEL.		ETIENNE.
		EUZIERE.		LAPEYRE.
		RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
		MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie		MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. DUCAMP, profes., *Président.* | MM. EUZIERE, agrégé.
VEDEL, professeur. | MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME ET A MES FILS

Amour et tendresse.

A MA MÈRE

Mon premier Maître. Mon ami le plus cher.
Hommage de profonde tendresse.

À MON PÈRE LE DOCTEUR AVIÉRINOS

Vivant exemple de travail, il nous a montré ce que l'amour de l'art médical peut apporter de lumière dans la dure existence du praticien.
A lui notre reconnaissante tendresse.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR LORIOT

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR BOUGRAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS LES MIENS

F. AVIÉRINOS

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR DON J. ACQUAVIVA

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Son souvenir d'inaltérable bonté est un sûr garant de notre amitié pour son fils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON PARTURIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Faible témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection.

A TOUS NOS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

DE MARSEILLE

Hommage respectueux.

F. AVIÉRINOS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

Hommage respectueux.

A NOTRE JURY DE THÈSE

F. AVIÉRINOS.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions commencer ce travail, sans adresser nos remerciements affectueux et l'expression de notre profonde reconnaissance à Monsieur le docteur Parturier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy, qui nous a donné le sujet de cette thèse, et nous a fourni un certain nombre d'observations. C'est grâce à son appui, à ses conseils, que nous avons pu entreprendre et terminer ce travail. Puisse-t-il trouver, ici, ses idées fidèlement rapportées et clairement exposées. Nous avons, du reste, largement puisé dans ses différents articles dont on pourra retrouver le détail au chapitre de la bibliographie.

Nous profitons de l'occasion qui s'offre à nous pour exprimer à tous nos maîtres nos sentiments de profonde gratitude.

Tout spécialement, nous adressons nos respectueux remerciements:

à Monsieur le professeur Reynès qui nous a révélé toute la beauté de l'âme chirurgicale;

à Monsieur le docteur Pagliano dont nous sommes fiers de pouvoir nous dire l'élève fidèle;

à Monsieur le docteur François pour le précieux appui de la science éclairée qu'il continue à nous prodiguer chaque jour;

à Monsieur le docteur Cassoute dont l'expérience tou-

jours en éveil a su nous guider parmi les multiples difficultés de la médecine infantile.

A Messieurs les docteurs M. Periot et J. Simon qui nous ont préparé à l'internat, nous sommes heureux de redire ici toute notre reconnaissance et l'expression de notre affectueux attachement.

Enfin — et c'est par lui que nous terminerons cette énumération déjà longue de tous nos maîtres et amis — que le docteur Yves Bourde, interne des hôpitaux, trouve ici notre pensée la plus affectueuse. De nos longues heures de travail, de nos souvenirs communs, vieux déjà de dix ans, est née une amitié profonde qu'il nous est très doux d'affirmer en tête de ce travail au jour naissant de notre vie médicale.

ESSAI DE DIFFERENCIATION CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

QUELQUES POINTS DOULOUREUX DE L'ABDOMEN

POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC

DES AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES, BILIAIRES ET DES COELIALGIES

INTRODUCTION

Le médecin, en présence de signes qui lui font penser à une affection du tube digestif, se trouve bien souvent aux prises avec les plus grandes difficultés, pour établir un diagnostic. Les symptômes fonctionnels que le malade précise mal, se ressemblent dans la plupart de ces affections. L'examen clinique n'ajoute souvent qu'une faible lumière, et il est parfois impossible de débrouiller l'écheveau inextricable des petits signes différentiels.

S'agit-il d'une maladie organique de l'estomac ou de l'intestin? Le malade localise-t-il seulement un trouble du système nerveux sur ses voies digestives ? Souvent même, cette question primordiale, pour la conduite du traitement, est difficile à résoudre.

Et lorsqu'il nous faut démêler, si nous avons affaire à

un ulcus gastrique ou duodénal, à une appendicite à une cholé-cystite, nous sommes obligés de mettre en œuvre tout l'arsenal des moyens modernes de diagnostic.

Il est bien entendu, une fois pour toutes, que nous n'envisagerons pas, dans cette étude, les cas schématiques où tous les symptômes se groupent, pour former un faisceau de preuves convaincantes en faveur d'un diagnostic précis. Nous voulons parler des cas, et ils sont innombrables, où le diagnostic hésite, où le tableau clinique est vague et confus, où les symptômes sont à peine ébauchés, parfois contradictoires.

Les points douloureux de l'abdomen qui eurent une telle vogue auprès des générations qui nous ont précédés, ont actuellement perdu beaucoup de leur crédit.

Particuliers pour chaque organe, ils devraient nous donner, lorsqu'ils existent, la signature de la maladie, et constituer autant de signaux indiquant l'atteinte des organes qui leur correspondent.

Mais, bien souvent, et c'est ce qu'on leur a très justement reproché, le nombre et le voisinage de ces points ne permettent pas de se servir d'eux avec précision.

Nous nous proposons, dans ce travail, de montrer que leur recherche et leur interprétation peuvent être fructueuses grâce à un artifice qui permet de les sélectionner.

L'action élective de certains médicaments sur certains points douloureux abdominaux bien délimités, va nous permettre une dissociation clinique de ces points et une schématisation véritable de leur étude. Grâce à cette méthode, nous arriverons à faire disparaître artificiellement certains points déterminés qui gênent notre examen, et d'autres, plus résistants, et non influencés par la drogue resteront seuls et isolés des autres à un nouvel examen. d'où moyen de diagnostic précis de certaines affections

abdominales, grâce à la réaction des points à tel ou tel médicament. Notre procédé ne devra pas exclure les autres moyens en usage. Nous n'avons pas la prétention, grâce à lui, de supprimer tous les procédés modernes de diagnostic. Tel qu'il est, il nous a rendu de grands services, soit pour orienter ou établir un diagnostic hésitant, soit pour confirmer un diagnostic posé.

Nous étudierons tout d'abord les difficultés de diagnostic des affections abdominales digestives, les moyens de leur diagnostic et l'insuffisance fréquente de ces moyens. Nous montrerons ensuite l'aide qui peut être apportée par la recherche des points douloureux en faisant ressortir la confusion qui se dégage parfois de cette recherche. Puis, nous étudierons l'action élective de certains médicaments sur les points douloureux, et comment on peut, grâce à cette électivité, instituer un procédé facile et clinique de diagnostic différentiel. Nous grouperons ensuite nos observations et dégagerons les conclusions de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS SUR CERTAINES AFFECTIONS ORGANIQUES OU FONCTIONNELLES DU TUBE DIGESTIF ET DES VOIES BILIAIRES.

CHAPITRE I

Difficultés du diagnostic

Les affections dont nous voulons nous occuper ici doivent être divisées en deux grandes classes; les unes sont des maladies organiques du tube digestif et des voies biliaires, les autres sont des algies sympathiques pouvant donner lieu à des symptômes gastriques ou intestinaux.

Parmi les premières, nous avons surtout en vue l'ulcus gastrique ou duodénal, l'appendicite, les cholécystites. Sur les symptômes de ces affections, nous n'insisterons pas. Nous dirons seulement en quoi ces symptômes peuvent se ressembler et combien malaisé peut être leur diagnostic.

Nous insisterons davantage sur les algies sympathiques d'origine névropathique, névralgique ou névritique, auxquelles le professeur Lœper a donné le nom de cœlialgies. Les cœlialgies qui sont une des plus communes des localisations nerveuses, sont caractérisées par un ensemble de signes abdominaux, à la fois gastriques et intesti-

naux, fort tenaces, provoqués par l'irritation anormale du plexus solaire, que cette irritation soit fonctionnelle, névritique, toxique ou infectieuse.

Des excitations faibles, mais continues, entraînent peu à peu cette hyperesthésie du grand sympathique. Les ptoses abdominales en sont la cause la plus fréquente: ptose gastrique, colique, dilatation de l'estomac, aérophagie. Cette traction incessante qu'exerce sur ses mésos, l'estomac et son contenu, cette « dislocation viscérale », suivant l'expression de J.-Ch. Roux, provoquent et entretiennent l'hyperesthésie du plexus solaire qui donne naissance à des troubles variés. Souvent aussi le système nerveux intestinal est atteint de névrite consécutive à une lésion muqueuse imperceptible. Lorsque la lésion muqueuse a disparu, l'irritation nerveuse se traduit alors par des accidents cœlialgiques variés comme chez les vieux dysentériques (Lœper). Enfin, ces troubles peuvent être secondaires à une affection du système nerveux central, à une intoxication exogène ou endogène, à une insuffisance pluriglandulaire. Le syndrome cœlialgique présente différents aspects cliniques: diarrhée, ballonnement et flatulence, constipation, douleurs, sous formes de synalgies ou de polyalgies, crises abdominales, gastriques ou intestinales. Dans tous les cas, la palpation de l'abdomen met en évidence des points douloureux dont nous nous occuperons dans un autre chapitre.

Voyons tout d'abord le diagnostic entre les cœlialgies et les viscéralgies, celui qui, à première vue, nous paraîtra le plus simple.

« Les auteurs qui se sont occupés de pathologie abdominale, ont été frappés de la difficulté qu'il y avait souvent à différencier des douleurs véritablement organiques, celles qui ressortissaient à une simple hyperesthésie des

plans superficiels ou profonds de l'abdomen » (Lœper et Esmonet).

Les cœlialgies peuvent se traduire par des symptômes gastriques ou intestinaux, avec points douloureux variés. G. Parturier rapporte l'observation d'une malade qui racontait une histoire très nette d'ulcus duodénal : douleurs tardives quelques heures après les repas, marquées surtout dans la région duodénale, douleurs nocturnes à caractère angoissant, diarrhée avec matières noires. L'examen décelait un clapotis gastrique sous-ombilical et une foule de points douloureux. Un interrogatoire plus serré permit de vérifier que les pseudo-mœlénas coïncidaient avec une absorption de bismuth et la radioscopie montra une ptose gastrique coupable de tous les accidents.

La névralgie cœlialgique peut prendre le type de la plupart des affections organiques.

« Un simple trouble fonctionnel primitif du système nerveux peut se traduire par des symptômes simulant entièrement l'ulcus. Les constatations opératoires en font la preuve. Il est arrivé, en effet, à tous les chirurgiens s'occupant spécialement de chirurgie gastrique, d'opérer des malades chez lesquels le diagnostic d'ulcus paraissait avoir été légitimement posé de par la clinique, le laboratoire, la radiographie, et de trouver un estomac et un duodénum parfaitement sains, ainsi que les autres organes de l'abdomen. Dans plusieurs statistiques consultées par Morichau-Beauchart, de Poitiers, la proportion atteint de 5 à 10 p. 100 ».

Dans son livre sur la dyspepsie, Leven cite de nombreux exemples d'hyperesthésies localisées au point de Mac-Burney et simulant l'appendicite. Si la crise solaire s'accompagne de vomissements et de constipation, comme il arrive souvent en pareil cas, si la douleur liée à la névral-

gie ou la névrite cœliaque, affecte la localisation habituelle de la douleur appendiculaire, il suffira qu'on ait affaire à un malade nerveux, qui réagisse fortement à cette douleur, pour que le chirurgien impressionné par la pensée d'une urgence possible, pose un diagnostic et fasse subir une opération à un homme qui a besoin surtout d'un remède anti-névralgique.

Enfin, la douleur cœliaque peut encore être prise pour une douleur d'origine hépatique. Un vieux dysentérique, par exemple, pourra conserver pendant longtemps des douleurs abdminales d'origine névritique. Comme son foie a sûrement été atteint au moment des crises de dysenterie, on rapportera bien souvent les séquelles nerveuses à une atteinte chronique du foie qui ne sera pourtant pas en cause.

Nous citerons, pour résumer, une phrase du professeur Castaigne :

« D'une part, les maladies organiques de l'estomac se présentent parfois avec un minimum de symptômes qui en rendent le diagnostic difficile ; d'autre part, les malades de l'estomac ne sont pas tous atteints de lésion de cet organe. Les cas de gastropathies nerveuses sont fréquents et peuvent simuler parfois, à s'y méprendre, les maladies vraies de l'estomac ».

La distinction entre cœlialgies et affections organiques est donc hérissée de difficultés. Occupons-nous maintenant de ces affections organiques (1) : « Sur dix malades venant consulter pour troubles gastriques, un seul est atteint de véritable lésion de l'estomac, ou du duodénum ; pour les autres, il s'agit de dyspepsies réflexes dont cinq ont des lésions abdominales non gastro-duodénales (cho-

(1) Pauchet. — *Presse Medicale*, 22 Janvier 1917.

lécystite, appendicite chronique), quatre ont des affections non gastro-duodénales (insuffisance hépatique, etc) »

Etudions, à propos de l'ulcus gastrique, et surtout de l'ulcus duodénal, combien fréquentes peuvent être les erreurs de diagnostic, combien les symptômes se ressemblent et sont peu caractéristiques.

Ulcus gastrique et duodénal. — Les signes des deux affections sont, pour la plupart, d'ordre indirect. Le syndrome pylorique ni même l'hémorragie occulte ou avérée ne sont spécifiques de l'ulcus, la douleur localisée peut avoir d'autres causes, nous l'avons déjà vu.

Tout d'abord, si nous envisageons l'ulcus de l'estomac, nous dirons qu'un grand nombre de faux ulcus gastriques ne sont que des lithiases méconnues. En effet, dans la lithiase il existe un syndrome gastrique qui s'explique par le voisinage immédiat de la vésicule avec le pylore et le plexus solaire (1). « Rien d'étonnant en conséquence que la crise douloureuse d'origine vésiculaire soit susceptible d'être accompagnée de vomissements. Mais, parfois les symptômes vésiculaires étant au minimum, il se produit des troubles gastriques qui évoluent suivant le type de la dyspepsie hyperchlorhydrique avec douleurs tardives, vomissements toutes les trois heures ou quatre heures après les repas ; parfois même on trouve du liquide de sécrétion ou même de la stase le matin à jeun dans l'estomac. On pourrait croire à un ulcère pylorique ou même à une sténose intrinsèque du pylore, quand en réalité, il n'existe qu'une cholécystite chronique, ayant entraîné du spasme du pylore qui se trouve parfois même rétréci par des brides inflammatoires, ainsi que Tuffier a pu en décrire des cas typiques ».

(1) Gilbert, Chauffard.

La malade attirera toute l'attention du médecin sur son estomac... Comment songer au foie, quand, d'autre part, il n'y a ni douleur dans la région du foie, ni hépatalgie, ni cystomégalie, ni hépatomégalie, ni jaunisse avec décoloration des fèces, ni calculs dans les fèces.

Disons, en passant, que la cholécystite chronique, souvent lithogène, fréquente chez la femme et volontiers latente, peut affecter aussi un syndrome pseudo-appendiculaire.

De même, des malades traités sans succès après le diagnostic d'ulcus par une intervention chirurgicale sur l'estomac, ont vu tous leurs troubles disparaître après l'ablation de l'appendice.

En effet, l'appendicite chronique peut provoquer par réflexe ou par adhérences des troubles dyspeptiques avec douleurs tardives, régurgitations acides, hyperchlorhydrie et hypersécrétion.

Enfin, les ptoses abdominales, gastriques ou intestinales peuvent donner lieu à des syndromes susceptibles d'être confondus avec celui de l'ulcus gastrique.

Le diagnostic différentiel de l'ulcus duodénal vient d'être longuement étudié par G. Parturier, dans la *Revue de Médecine*. Nous ne saurions mieux faire que de puiser largement dans cette magistrale étude. Après avoir éliminé les cœlialgies, et lorsque les symptômes font penser à une affection organique, on s'occupe tout d'abord d'éliminer les syndromes les plus voisins du syndrome duodénal. En effet, de tous les viscères, le duodénum est celui dont la symptomatologie est la plus instable, la plus variée et aussi la plus silencieuse. Profondément situé, il est entouré et recouvert d'organes à réaction violente (pylore, pancréas, vésicule, cholédoque) dont les affections risquent de lui être attribuées, si on pense à lui, et qui peu-

vent emprunter son rôle dans le tableau clinique. Nous allons dire un mot à propos de l'ulcus duodénal, de son diagnostic avec les cholécystites et avec l'appendicite.

La cholécystite. — Dans les deux cas, l'évolution est analogue, par crises, avec des intervalles de bonne santé. Dans les deux cas, la douleur peut être tardive. La faim douloureuse est décrite par Kehr dans la lithiase. Dans les deux cas, même état dyspeptique, même constipation, quelquefois, mêmes poussées fébriles après les repas.

Les douleurs existent dans les deux cas localisées à l'hypochondre droit avec possibilité d'irradiation vers l'épaule droite, dans les deux cas contraction du grand droit de l'abdomen. Enfin, l'ictère n'existe jamais en cas de colique vésiculaire, et peut se rencontrer dans l'ulcus duodénal par œdème congestif de la muqueuse duodénale, ou de l'ampoule de Vater. De même, enfin, les hémorragies peuvent être liées à l'insuffisance hépatique.

L'Appendicite. — Le diagnostic entre ces deux affections peut être aussi très difficile. « La tendance exagérée que l'on a toujours de penser à l'appendicite, à propos de n'importe quelle crise abdominale peut plutôt faire porter le diagnostic d'appendicite chronique que commettre l'erreur inverse ».

L'appendicite peut s'accompagner de gastralgie réflexe qui oriente le diagnostic vers un ulcus duodénal. Comme signes communs aux deux affections, nous avons les crises récidivantes, la douleur du côté droit de l'abdomen, la sensation de brûlure, de tension, de déchirement, les éructations acides, l'hyper-chlorhydrie, et parfois même la fièvre.

Ainsi, nous venons de voir à propos de l'ulcus duodé-

nal, combien fréquentes et faciles peuvent être les erreurs de diagnostic entre toutes ces affections abdominales. Prendre pour une affection organique, une simple névralgie cœliaque, confondre un ulcus gastrique ou duodénal avec une appendicite, une cholécystite, telles sont les erreurs à la portée de tous les médecins, même les plus avisés.

Maintenant, que nous avons montré tous les écueils semés sur la route du bon diagnostic, voyons rapidement quels sont les moyens à la disposition du médecin, dans cette tâche ardue.

CHAPITRE II

Moyens de diagnostic

L'examen clinique, nous en avons développé les difficultés. Nous insisterons tout à l'heure sur les services qui peuvent être rendus par la recherche précise des points douloureux abdominaux. Restent un certain nombre de procédés modernes d'investigation à la disposition plus ou moins directe du médecin : nous voulons parler de la radiographie, de l'étude du chimisme gastrique, et des divers examens de laboratoire.

La radiologie, la radioscopie surtout est devenue d'un emploi courant dans le diagnostic des maladies du tube digestif, et il est certain qu'à l'heure actuelle une intervention chirurgicale ne s'entreprend pas sur l'estomac, sans avoir été précédée, éclairée d'un examen aux rayons X. Au moins faut-il que le médecin praticien ait une raison de faire faire cet examen, au moins faut-il qu'il ait pu s'orienter vers un diagnostic, et cela en se servant de son cerveau et de ses doigts d'abord dans son examen clinique.

Pour l'étude critique du chimisme gastrique, nous citerons l'opinion de G. Leven : « Il fut un temps où tout médecin croyait qu'une analyse du suc gastrique dont les conclusions seraient indiscutables, donnerait un diagnostic certain et des indications thérapeutiques adéquates à

la sécrétion viciée. Le chimisme gastrique paraissait à une époque où les contempteurs de la clinique, les partisans de la science pure étaient heureux de trouver des renseignements précis fournis par le laboratoire, à opposer au récit parfois confus des malades. Il fut une période où l'on considérait comme une chose inutile l'interrogatoire des malades, où l'on ne prenait plus la peine de chercher les causes de la dyspepsie, d'en vérifier les manifestations. Le chimisme gastrique a eu des heures brillantes, quelques-uns de ses défenseurs d'antan, l'ont abandonné; il connaît peu à peu l'oubli ».

Leven montre ensuite à quels résultats paradoxaux et contradictoires aboutit quelquefois la réponse du laboratoire. Tout d'abord l'analyse est parfois irréalisable, de plus, des sujets normaux sont souvent hyperchlorhydriques, d'autres hypochlorhydriques. Des sujets malades présentent de l'hyperchlorhydrie, ils guérissent tout en restant hyperchlorhydriques.

Ceci montre combien les procédés les plus scientifiques ont besoin d'être contrôlés par la clinique, sans mériter pourtant d'être dédaignés. Il en est de même des autres recherches de laboratoire: tubage d'Einhorn, examen hématologique qui peut cependant fournir des données intéressantes (cholestérinémie, formule hématologique d'infection, etc.), examen coprologique, la présence d'hémorragie occulte ayant cependant une valeur réelle.

Ainsi donc, nous avons passé une rapide revue d'un certain nombre d'affections abdominales. Nous avons montré que le problème de leur diagnostic était souvent difficile, parfois insoluble; nous nous sommes rendus compte de l'insuffisance et de la complexité qu.offrent parfois les procédés de diagnostic les plus précis.

Etudions maintenant l'aide qui peut nous être fournie par l'étude des points douloureux abdominaux.

CHAPITRE III

Les points douloureux abdominaux

Un moyen s'offre encore à nous pour le diagnostic clinique des affections abdominales; c'est la recherche et l'interprétation des points douloureux.

Les viscères de l'abdomen ont normalement une sensibilité sourde et subconsciente, et la pression aux points de la paroi abdominale sus-jacents à ces viscères, ne provoque aucune réaction douloureuse. Chez les malades, et dans des conditions très variées, le seuil de la sensibilité des neurones s'abaisse, suivant l'expression de Gottscheid, et la pression en certains points d'élection fait apparaître une douleur plus ou moins vive.

Ces points existent au cours des affections organiques de l'estomac, du duodénum, de la vésicule, de l'appendice, et pendant longtemps on a rapporté à ces seules affections tous les points douloureux abdominaux. On s'est aperçu qu'ils pouvaient se retrouver à l'occasion de troubles névralgiques ou névritiques des plexus abdominaux, troubles dont nous avons montré la fréquence.

Nous allons rappeler les différents points douloureux abdominaux, citant seulement les points classiques connus de tous, insistant davantage sur quelques points d'une étude plus récente.

A. — *Points cœlialgiques.*

1° Points péri-ombilicaux de Leven. — Leven décrit deux points péri-ombilicaux, l'un droit, l'autre gauche, situés sur une ligne horizontale, passant par l'ombilic, à 6 centimètres de celui-ci. La douleur en ces points est due à l'irritation des ganglions péri-ombilicaux.

2° Point sus-ombilical de J.-Ch. Roux. — Situé sur la ligne médiane, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

3° Point sous-ombilical de J.Ch. Roux. — Situé à six centimètres au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane et répond à l'irritation du plexus lombo-aortique.

4° Point sous-costal de Sée, Mathieu, Millon. — Situé le long du rebord des fausses côtes, à droite, un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde.

5° Point mésentérique supérieur ou para-ombilical droit de Lœper et Esmonet. — Ce point est situé à 2 centimètres au-dessous, en dehors et à droite de l'ombilic, sur la ligne de Mac Burney. Il correspond au point de Morris et coexiste toujours avec le point épigastrique. Il répond à l'atteinte du plexus mésentérique supérieur.

6° Point mésentérique inférieur ou para-ombilical gauche de Lœper et Esmonet. — Plus fréquent que le précédent, il est situé de 2 à 4 centimètres au-dessous, en dehors et à gauche de l'ombilic. Il paraît plus indépen-

dant que le précédent et répond à l'irritation du plexus mésentérique inférieur.

7° Points iliaques vasculo-nerveux droit et gauche de Lœper et Esmonet. — Ces deux points symétriques sont situés exactement sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne spino-ombilicale et la ligne bi-spinale à 4 centimètres de l'ombilic, l'un à droite, l'autre à gauche. Le droit est donc un peu plus haut que le point de Lanz, un peu plus bas que le point de Mac Burney. On l'appelle aussi point pseudo-appendiculaire.

8° Zone promontorienne, *Lœper et Esmonet, Mlle Weil.* — On la trouve douloureuse, seulement en palpant profondément certains abdomens particulièrement flasques. C'est une zone d'hyperesthésie diffuse située entre les points mésentériques supérieurs et inférieurs d'une part, et le promontoire de l'autre. En certains points de cette zone, la sensibilité est exacerbée. Ces points sont situés au niveau de l'angle sacro-vertébral et forment un croissant dont les cornes continuent les artères iliaques primitives.

9° Point épigastrique. — Situé sur le milieu de la ligne ombilico-xyphoïdienne et légèrement dévié à droite par suite de la déviation à droite du tronc cœliaque, notée par Wiart. Il répond au plexus cœliaque. Mathieu et Roux ont montré que la douleur, en ce point, ne répond pas toujours à une viscéralgie, mais traduit souvent une cœlialgie.

Nous retrouverons ce point à propos des points organiques.

Il existe donc des cœlialgies, des mésentéralgies supé-

rieures et inférieures, des ilialgies droites et gauches, dont le diagnostic peut se poser avec les principales affections abdominales.

B. — *Points organiques.*

1° Point épigastrique. — Nous venons de préciser son siège et de voir qu'il pouvait exister sans lésion gastrique. Depuis longtemps Cruveilhier et Brinton l'ont signalé chez les ulcéreux gastriques.

« La douleur de l'ulcère, dit Brinton, se distingue par son siège, le point où elle se montre tout d'abord et avec la plus grande intensité, où elle reste surtout exclusivement limitée, correspond au centre de l'épigastre ». Pour J.-Ch. Roux, peu d'affections gastriques douloureuses ne présentent pas un maximum de douleur à ce niveau.

2° Point cystique (*Flemming, Charcot, Debove, Achard, Chauffard, Salignat et Foucaud, Mlle Weil*). — Il occupe l'intersection de la ligne qui passe par le bord droit du sternum et de la neuvième côte, ou mieux, il est situé à l'intersection du bord externe du grand droit et de la neuvième côte.

3° Points appendiculaires. — a) *Point de Mac Burney.* — Il est situé exactement à un pouce et demi ou deux pouces (3 centim. 81 à 5 centim. 08) de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, sur une ligne oblique menée de cette ligne à l'ombilic. « Cela peut paraître, dit Mac Burney, une affectation d'exactitude, mais autant que me l'a prouvé mon expérience, l'observation est exacte ». On a déplacé le point et on le situe sur le milieu de la ligne spino-ombilicale, par conséquent trop en dedans.

b) *Point de Lanz* situé sur le tiers externe de la ligne bi-spinale.

c) *Point de Munro* situé à l'entrecroisement de la ligne ilio-ombilicale et du bord externe du grand droit, à 2 pouces 6 (6 centimètres) de l'épine iliaque, c'est-à-dire un peu en dedans du Mac Burney.

d) *Point de Clado* à l'entrecroisement du bord externe du muscle droit et de la ligne bi-spinale.

e) *Point de Lentzmann* situé à 6 centimètres en dedans de l'épine iliaque droite, sur la ligne interiliaque.

f) *Point de Morris* sur la ligne de Mac Bureny à un pouce et demi de l'ombilic.

4° Point duodénal (*Cade et Parturier*) (1). — Sur des malades pris au hasard à la consultation du docteur Bensaude à l'Hôpital Saint-Antoine, nous avons étudié radiographiquement la topographie du duodénum. Nous avons constaté que dans la station debout, le duodénum peut affecter une position haute (36 p. 100) ou basse inférieure à la première d'une vertèbre (54 p. 100) ou intermédiaire (10 p. 100). Mais, lorsque le sujet passe de la station debout au décubitus dorsal, le duodénum bas situé, très mobile, remonte vers le diaphragme et sa position se rapproche sensiblement de celle du duodénum haut situé, moins mobile, et dont la situation topographique varie peu suivant les attitudes. Pour un sujet placé dans le décubitus dorsal, les mêmes repères seront donc applicables au duodénum dans la plupart de ces modalités.

Au lieu de l'ombilic réel, variable et mobile, nous prenons un ombilic théorique, milieu de la distance qui sépare les crêtes iliaques, et nous considérons d'autre part,

(1) G. Parturier. — *Revue de Médecine*, 1921. Page 222.

l'extrémité antérieure de la dixième côte. Souvent un peu mobile, c'est la dernière des côtes adhérentes, toujours faciles à repérer.

Le milieu de cette ligne ombilico-dixième côte croise la portion descendante du duodénum chez l'individu à thorax large, à angle chondral très ouvert, et à statique abdominale normale.

Chez les ptosiques de l'abdomen, et chez les « longilignes de Martinet » à thorax étroit, à angle chondral fermé, il y a une correction légère à faire, car même dans le décubitus dorsal le duodénum se trouve un peu plus rapproché que normalement de la ligne médiane et le point duodénal est marqué par l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la ligne ombilico-dixième côte.

Le procédé des épingles a fourni des résultats concordants: sur 23 cadavres, quinze fois l'épingle enfoncée au point duodénal a atteint la deuxième portion du duodénum en son tiers moyen, trois fois dans son tiers inférieur, trois fois dans son tiers supérieur, deux fois elle est tombée au-dessous du genus inferius.

Il nous semble pratiquement possible d'admettre une zone sur laquelle devra porter la palpation, quand on soupçonnera une affection duodénale.

Le duodénum d'un sujet placé dans le décubitus dorsal a une situation qui, 80 fois sur cent, répond à peu près aux descriptions des anatomistes: la deuxième portion comprise entre un plan supérieur passant par la huitième côte en avant et la moitié inférieure de la première vertèbre lombaire en arrière, et un plan inférieur passant par l'ombilic et la moitié inférieure de la quatrième vertèbre lombaire. Ce sera donc le plus souvent le milieu de la ligne OX qui correspondra au duodénum, et la verti-

cale passant par ce point indiquera la direction générale de sa deuxième portion.

C'est sur ce trajet qu'il convient de chercher le point douloureux dans la position couchée d'abord, puis dans la position debout: on pourra voir alors le point douloureux se déplacer avec les changements d'attitude.

Le plus souvent, on observera le point douloureux dans les deux attitudes, mais dans la station verticale, il sera plus bas que dans le décubitus. La différence sera surtout sensible, s'il s'agit d'un ptosique ou d'un longiligne à thorax étroit.

C'est dans cette région que nous avons trouvé la douleur maxima dans le cas d'ulcus de la deuxième portion: soit en un point exclusivement, soit en une série de points échelonnés sur la verticale, traçant la direction du duodénum descendant.

Nous ne pensons pas que le point douloureux corresponde nécessairement à l'ulcus, mais à un duodénum irrité ou enflammé, ou encore atteint de périduodénite. Il peut indiquer la souffrance du duodénum, mais n'entraîne pas, bien entendu, à lui seul surtout le diagnostic d'ulcus ».

5° Points cervicaux (*Chauffard, Cade et Parturier*). — Bien que ce soit un peu sortir de notre sujet, nous citerons enfin les points cervicaux qui coexistent si souvent avec les points de l'abdomen.

Le professeur Chauffard a montré parmi les douleurs irradiées de la lithiase biliaire la fréquence d'un point phrénique droit. Cade et G. Parturier l'ont retrouvé de façon presque constante dans les cas d'affection douloureuse de la vésicule. Etudiant les maladies du tube digestif, ils ont vu que, au point phrénique, ou plutôt cervical

droit, correspondant à un état pathologique du foie, on pourrait opposer un point douloureux cervical gauche, en rapport possible avec une lésion gastro-duodénale. Chez les cœlialgiques, à points douloureux multiples, on trouvera souvent les points cervicaux bilatéraux.

On recherchera ces deux points, en exerçant une pression normale au plan transversal du corps, immédiatement au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-cléïdo-mastoïdien; on les provoquera tantôt par une pression superficielle tantôt, et c'est le plus souvent, par une pression appuyée et profonde qui doit intéresser le pneumogastrique et peut-être même le grand sympathique.

La recherche de tous ces points sera faite dans tous les cas, suivant les mêmes principes. La pression sera unidigitale, douce, pour éviter la contracture de la paroi, progressive pour amadouer en quelque sorte cette paroi, profonde pour comprimer l'organe ou le plexus entre le doigt et les plans sous-jacents, enfin normale, c'est-à-dire perpendiculaire au plan transversal du corps.

Pratiquée de cette façon, cette recherche pourra nous être d'un appui précieux. La constatation d'une douleur localisée en un seul des points que nous avons décrits ou nettement prédominante en un de ces points, nous donnera des renseignements fort utiles. Un point cystique, très douloureux, coexistant avec des symptômes hépatiques, nous servira à fixer un diagnostic hésitant.

Mais, dans cette recherche, de multiples difficultés vont encore se présenter à nous.

La première tiendra au nombre des points douloureux et à leur voisinage. Nous avons décrit rapidement les points d'origine digestive ou cœliaque. Nous en avons volontairement laissé de côté toute une série qui appartien-

nent à l'appareil génital ou urinaire, et qui se localisent aussi sur la paroi abdominale. Nous sommes déjà en présence d'un nombre considérable de points.

Dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque droite, nous avons décrit un point cystique, un point sous-costal, d'innombrables points appendiculaires, un point duodénal, un point péri-ombilical, un point iliaque droit, un point mésentérique supérieur, sans compter les points pyélo-urétéraux et la zone pancréatique.

Entre ces différents points, il y a une distance qui varie de 1 centimètre à 4 centimètres, et nous savons fort bien que les réactions de l'organisme humain sont loin d'affecter une allure mathématique et d'atteindre isolément et électivement des points aussi schématiques. Lœper dit, du reste, à propos des points douloureux abdominaux: « Un grand nombre de cliniciens se sont efforcés de déterminer la localisation exacte des douleurs de l'hypochondre droit et leur ont assigné une série de zones et de points nettement distincts. Ces localisations sont restées très exactes et sont d'accord avec l'anatomie, mais je les trouve un peu schématiques et par trop théoriques... Les zones douloureuses empiètent les unes sur les autres, et la sensibilité du plexus solaire et du plexus mésentérique supérieur, presque toujours exagérée dans toutes les affections abdominales, les éclabousse plus ou moins et vient en quelque sorte embrouiller ce schéma de la sensibilité abdominale supérieure ».

Dans certains états pathologiques, toute excitation de l'appareil digestif devient douloureuse. La moindre compression sur les nerfs sensibles de l'abdomen provoque une sensation pénible. La question se complique encore par la connaissance des points cœlialgiques. Quand bien même nous arriverons à noter exactement ce qui revient

à l'un ou à l'autre des points abdominaux, nous devrons encore savoir si nous sommes en présence de points organiques ou cœlialgiques. Dans les cas schématiques, où les symptômes concomitants sont là pour nous guider, la différence est évidente. Mais, combien nombreux sont les cas où l'algie abdominale s'accompagne de signes intestinaux et prend l'allure de telle ou telle affection localisée.

Le point épigastrique existera bien souvent sans lésion d'estomac, quelquefois aussi il sera très marqué au cours des affections hépatiques, et du reste pour Frantz Glénard, Sellier et Dubourdieu, il se rapporte toujours au foie. Gaston Parturier a noté trois fois sur dix, en cas de vésicule lithiasique que, bien souvent, la pression au point cystique éveille une douleur localisée au creux épigastrique. C'est-à-dire jusqu'à 11 à 15 centimètres du point comprimé. Les malades viennent tous du reste consulter à propos d'une maladie de l'estomac, et n'ont jamais songé à leur foie. Castaigne a remarqué également que, si bien souvent, au cours de la colique hépatique, les points classiques sont au complet, il arrivera aussi des cas où le point épigastrique sera seul douloureux. Il s'agira alors, le plus souvent, de colique vésiculaire.

Pour en finir avec le point cystique, disons encore que sa situation dépendra de celle du foie, et qu'il changera de place en cas de ptose hépatique, et se déplacera avec les mouvements respiratoires; enfin, qu'à son niveau, on trouve le pylore, l'angle droit du côlon, le rein droit, la tête du pancréas, d'où multiples causes d'erreurs.

Le point de Mac Burney a perdu sa fixité et sa valeur diagnostique. La douleur en ce point, longtemps synonyme de lésion appendiculaire peut traduire simplement un trouble névralgique, localisé ou la lésion d'un pylore abaissé et dévié vers la droite. Enfin, les nombreux points

appendiculaires décrits sont venus augmenter la confusion. Le point duodénal est très net, mais là encore cette zone est limitée de tous les côtés par des organes divers: la vésicule, le pancréas, l'appendice, le rein droit. Enfin, dans l'ulcus duodénal, il est banal de noter le point médian épigastrique, les points péri-ombilicaux, les points mésentériques traduisant une cœlialgie souvent indépendante de l'ulcus.

En résumé, malgré l'utilité incontestable que nous retirerons toujours en recherchant les points douloureux abdominaux, malgré leur rôle de signaux avertisseurs des lésions organiques ou nerveuses, nous retirerons bien souvent de leur découverte une impression confuse et parfois contradictoire. Nous verrons des appendicites sans point de Mac Burney, des cœlialgies simulant l'appendicite, des cholécystites sans point cystique, des ptoses gastriques marquées par une foule de points, et en présence de la difficulté que nous éprouverons à reconnaître à quel organe ils correspondent, et s'ils sont organiques ou névralgiques, nous conviendrons que, telle qu'elle est, la recherche de ces points ne peut nous donner que des renseignements sans netteté.

DEUXIÈME PARTIE

PROCÉDÉ DE DIAGNOSTIC CLINIQUE, GRACE A LA DISSOCIATION DES POINTS DOULOUREUX ABDOMINAUX

CHAPITRE PREMIER

PRINCIPE DE LA MÉTHODE. ACTION ÉLECTIVE DE CERTAINS MÉDICAMENTS

Malgré les critiques que nous venons de développer à l'égard des points douloureux abdominaux, nous croyons possible de leur restituer une grande partie de leur valeur. En effet, la recherche de ces points est simple, elle est uniquement clinique et à la portée de tous les médecins. Malheureusement, telle qu'elle est, elle reste souvent sans grande utilité, et nous avons étudié la difficulté que l'on éprouve à démêler l'origine des points douloureux si nombreux et si rapprochés.

Pour arriver à un résultat précis, il nous faudrait schématiser nos recherches par un artifice. Il nous faudrait, pour nous reconnaître au milieu de cette quantité de signaux avertisseurs, savoir quel est celui qui a vraiment la plus grande importance; quel est le point de départ de l'irritation nerveuse. Une épreuve thérapeutique va nous fournir cet artifice. Par un procédé que nous allons étudier, nous allons obtenir une véritable dissociation des

points douloureux, et nous pourrons obtenir la simplicité que nous demandons, en divisant la question en séries. Comme nous le faisons, dans une analyse chimique où nous décelons tel ou tel corps, par tel ou tel réactif spécial, pour arriver à connaître la nature d'un mélange, de même nous allons agir sur les différents points douloureux abdominaux, par tel ou tel procédé ayant, sur ces points, une action élective. Une épreuve thérapeutique appropriée pour chacun de ces points, va nous permettre d'agir électivement sur l'un ou l'autre, pour le faire disparaître, ou le laisser subsister, suivant sa nature.

Par éliminations successives, nous arriverons fatalement à trouver, lorsque le terrain sera ainsi déblayé, à quel organe appartient le point douloureux qui subsiste. Ainsi, en simplifiant de plus en plus nos recherches, nous arriverons, grâce au point qui aura subsisté, à éclairer notre diagnostic, en utilisant, bien entendu, les symptômes concomitants, et en nous guidant sur eux. Ce sera, pour ainsi dire, un traitement d'épreuve des points douloureux de l'abdomen. Cette façon de faire un diagnostic, grâce à un traitement, n'est pas nouvelle et le vieux principe d'Hippocrate: « *Naturam morborum curationes ostendunt* » est là pour nous couvrir de son antique autorité.

De nombreuses analogies pourraient être cherchées à l'appui de notre façon de faire. Nous citerons le grand exemple de la syphilis, où le traitement d'épreuve fut de tous temps employé comme moyen de diagnostic. Nous rappellerons encore que, dans l'ordre digestif, on s'appuis parfois sur l'heureuse action du bismuth sur une douleur gastrique, pour affirmer l'atteinte de l'estomac. Enfin, nous citerons la cure de repos hépatique conseillée par Castaigne, dans laquelle l'auteur met en œuvre un procédé thérapeutique pour le diagnostic étiologique des gros foies.

Pour arriver à sélectionner les points douloureux, nous avons employé la plupart des analgésiques. Un certain nombre de ces produits ne nous ont donné que des résultats inconstants, quelques-uns même nous ont fourni des résultats contradictoires. Nous en avons retenu trois seulement dont nous allons étudier l'action. Ce sont :

L'antipyrine, l'opium et la belladone.

Nous dirons ensuite un mot sur l'action du froid et de la chaleur.

1° Antipyrine. — L'antipyrine détrônée de ses fonctions d'antithermique, est devenue un médicament surtout employé comme analgésique. Cette action a été étudiée particulièrement par Huchard et Lépine.

Dujardin-Beaumets dit à propos de ce médicament : « Je place en première ligne, parmi les analgésiques, l'antipyrine. C'est un admirable médicament. La découverte de ses propriétés analgésiques a été, on peut le dire, une véritable révolution en thérapeutique, en permettant de substituer à la morphine un analgésique puissant qui ne possédait pas les inconvénients de cet alcaloïde.

C'est en diminuant le pouvoir réflexe de la moelle épinière que ce médicament amène l'analgésie, ainsi qu'il ressort des expériences de Germain Sée et de Chouppe. Les travaux de Gley ont montré que les doses faibles d'antipyrine diminuent le pouvoir excito-réflexe et excito-moteur de la moelle. Langlois a montré que les nerfs sensitifs subissaient aussi une véritable anesthésie locale. Sée a démontré encore que chez les animaux, à la suite d'injections de solution d'antipyrine, il y avait une diminution très notable de la sensibilité et même une véritable analgésie dans le membre qui a reçu l'injection, parfois même dans le membre opposé.

Khormakoff, Luvoff, White et Spirmont ont employé l'antipyrine au traitement des migraines. G. Sée en a généralisé l'usage comme calmant de la douleur.

C'est en somme un médicament nervin employé dans les migraines, les céphalées et diverses névralgies.

Nous avons expérimenté l'antipyrine dans les différents cas où nous nous sommes trouvés en présence de points douloureux abdominaux. Dans certains cas, son action a été très efficace, dans d'autres, elle a été nulle, ou peu marquée.

Dans les cas de cœlialgies (ptose gastrique ou intestinale) (observ. I, III, IV, V), gastro-névrose (observ. II), l'antipyryine a effacé complètement les points douloureux, après une demi heure (observ. I, IV, V), après trois quarts d'heure (observ. II, III). Dans ces différents cas, les examens les plus complets n'ont permis de déceler aucune lésion organique de l'estomac, du duodénum, de l'appendice ou des voies biliaires. Ces différents malades avaient été traités soit pour lésions pylorique ou duodénale (obs. I), soit pour dyspepsie rebelle (observ. II) soit pour hyperchlorhydrie (observ. III), soit pour appendicite chronique (observ. IV et V), ces deux dernières malades étant entrées à l'hôpital pour y subir une intervention chirurgicale. Dans tous ces cas, le traitement rationnel de la ptose ou les médicaments sédatifs du système nerveux, ont guéri radicalement ces pseudo-appendicites et ces pseudo-ulcères de l'estomac et du duodénum.

D'autre part, dans les cas d'appendicite subaiguë ou chronique (observ. VI, VII), dans les cas de cholécystite (observ. VIII, IX, X, XI), de double lésion hépatique et duodénale (observ. XII, XIII, XIV, XV), d'ulcère de l'estomac (observ. XVI), l'antipyrine n'a jamais effacé les points cystique, appendiculaires, duodénal, épigastrique.

Elle a toujours agi sur les points cœlialgiques et dans tous ces cas, les points para-ombilicaux et mésentériques ont disparu après un quart d'heure, une demi heure ou trois qarts d'heure, tandis que les points appendiculaires (observ. VI et VII), le point cystique (observ. VIII, IX, X, XI, XII), le point duodénal (observ. XII, XIII, XIV, XV), le point épigastrique (observ. XVI) sont restés en place et devenus plus nets à cause de la disparition des autres.

Ainsi donc, dans ces quelques observations, nous avons vu, d'une façon constante, que dans tous les cas de cœlialgie, l'antipyrine a effacé tous les points douloureux et que, en cas de lésions organiques (appendiculaire, gastrique, duodénale ou hépatique), elle n'a jamais agi sur les points répondant à ces organes. Dans ces derniers cas, elle a seulement effacé les points cœlialgiques concomitants, en les dissociant des points organiques.

2° Opium. — Tandis que l'antipyrine agit surtout sur la moelle épinière et calme les douleurs dues à une irritation des filets nerveux sensitifs, l'opium qui est le plus puissant et le plus ancien des analgésiques, agit directement sur les centres cérébro-bulbaires et calme la douleur en abolissant les sensations. « Si vous voulez traiter la douleur, dit Lauder-Bruntun, vous devez d'abord rechercher quel est son point de départ, pour en déduire le moyen de la combattre ». Nous pouvons presque toujours supprimer la douleur dans le cerveau, en administrant des médicaments qui en suspendent les fonctions La morphine et l'opium dont les plus puissants de ces agents; ils tendent à abolir la sensation et ils suppriment parfois la douleur avant d'altérer les autres fonctions cérébrales ». A côté de cette action centrale de l'opium qui calme

la douleur parce qu'elle en empêche la perception cérébrale, il faut en signaler une autre très intéressante à notre point de vue, c'est son action paralysante des fibres musculaires lisses. A propos de ces actions, Rabuteau dit, dans ses éléments de thérapeutique et de pharmacologie : « Les préparations opiacées sont employées avec avantage dans les coliques hépatiques. Les injections hypodermiques de ces préparations ont pour effet, non seulement de calmer la douleur, mais de diminuer les contractions spasmodiques de la couche musculaire à fibres lisses des canaux biliaires ». L'opium est employé comme médicament symptomatique contre la plupart des douleurs. Nous avons expérimenté ce médicament sur les différents points abdominaux.

Dans les cas de cœlialgie, nous avons vu que l'antipyrine suffisait à faire disparaître les points ; aussi n'avons-nous pas expérimenté l'opium dans ces derniers cas.

Nous avons étudié l'action de l'opium contre les douleurs d'origine vésiculaire, suivant en cela l'exemple du professeur Gilbert qui emploie l'opium ou la morphine pour calmer les douleurs d'origine vésiculaire, sans en tirer, du reste, une conclusion diagnostique.

Dans les cas de cholécystite chronique (obs. VIII, IX, X, XI), l'opium a toujours parfaitement effacé le point cystique, après un quart d'heure ou une demi heure, et supprimé la défense musculaire, rendant la palpation plus facile.

Dans les cas de double lésion vésiculaire et duodénale, l'opium a effacé ou très atténué le point cystique et laissé intact et très douloureux le point duodénal (observ. XII, XIII, XIV, XV).

Dans le cas d'appendicite, il a très atténué les points appendiculaires, mais les a toujours laissés perceptibles.

Enfin, dans un cas d'ulcus gastrique (obs. XVI), il n'a pas agi sur le point épigastrique.

En somme, nous voyons, par ces exemples, que l'opium a agi surtout sur les points d'origine vésiculaire, en les supprimant, et en diminuant la contracture musculaire. Sur les points duodénaux, il n'a pas agi, sur les points appendiculaires, il a agi incomplètement, de même que sur le point épigastrique. Il a très atténué les points cœlialgiques, comme l'antipyrine, donc similitude d'action de deux médicaments sur deux douleurs différentes. Un moyen de différenciation nous reste cependant, puisque si l'antipyrine agit comme l'opium sur les douleurs d'origine cœliaque, elle n'a aucune action sur les douleurs vésiculaires que l'opium calme complètement.

3° Belladone. — La belladone comme son alcaloïde, l'atropine, possède la propriété de stimuler les centres nerveux, et de paralyser les nerfs périphériques. On admet qu'elle diminue la sensibilité des terminaisons nerveuses sensitives, et c'est pour cette raison qu'elle se comporte comme un médicament sédatif. On considère, de plus, l'atropine comme un modérateur et un inhibiteur du vague.

De plus, elle exerce sur les éléments sécréteurs des parois digestives son action modératrice habituelle, bien étudiée surtout à propos de la sécrétion salivaire.

Mathieu a montré (séance de la Société de thérapeutique du 23 avril 1913) à propos de l'atropine dans le traitement de l'ulcus de l'estomac, que cet alcaloïde et ses sels agissaient sur la sécrétion pour la diminuer, sur le spasme pour le détendre, sur la douleur pour la calmer, de là, les indications naturelles dans le traitement des états gastriques dans lesquels ces éléments se rencontrent et particulièrement de l'ulcus pylorique et duodénal.

En Amérique, Von Valsah et Nisbeth signalent l'action de l'atropine administrée par la voie sous-cutanée contre la douleur et les vomissements dans le spasme des orifices gastriques. Riedel qui a étudié l'action de cet alcaloïde sur le chien, a constaté une diminution de la sécrétion gastrique, une teneur moindre en HCl et une action sur la motricité qui se traduit par un relâchement du pylore. Enfin, Von-Karl Schick signale les bienfaits qu'il tira de l'usage de l'atropine qu'il utilise quand les autres médicaments n'ont fourni aucune amélioration. Il constate d'abord une cessation des douleurs, puis de l'hyperacidité et une diminution des sécrétions. « Il est rare, dit-il, que l'atropine seule n'atténue et ne supprime pas les douleurs au bout de quelques jours de traitement, et nous réservons surtout la morphine dans les cas rebelles où nous avons constaté une intolérance de l'organisme à la prolongation de la cure d'atropine.

Notons enfin qu'Enriquez emploie les injections sous-cutanées d'atropine pour calmer les douleurs gastriques et duodénales.

De tous ces travaux, il résulte que la belladone doit agir surtout sur les douleurs gastro-duodénales, en calmant le spasme de la musculature gastro-intestinale et en diminuant les sécrétions. Nous avons vérifié cette action sédative dans nos cas d'ulcus gastrique (obs. XVI) et d'ulcus duodénal (obs. XV) où ce médicament a agi sur les points duodénal et épigastrique que ni l'antipyrine, ni l'opium, ni le froid, ni la chaleur n'avaient réussi à supprimer.

Dans les cas d'appendicite (obs. VII), de cholécystite (obs. X), la belladone n'a pas supprimé les points appendiculaires ou cystiques.

Ainsi, nous avons vérifié l'action élective de ce médicament sur les douleurs d'origine gastro-duodénale.

4° Action du froid et de la chaleur. — Accessoirement enfin, nous avons vérifié l'action de la chaleur et du froid sur les points douloureux abdominaux; ces deux moyens étant employés depuis fort longtemps pour calmer les douleurs abdominales.

Nous avons reconnu, en employant des compresses chaudes, que ce moyen agissait surtout sur les douleurs d'origine hépatique (obs. X, XI), qu'il ne calmait pas et exagérait même parfois la douleur appendiculaire (obs. VII).

Quant au froid, nous avons vérifié son action prépondérante sur les douleurs appendiculaires (obs. VII). Sur les autres, il n'a qu'une action très peu marquée et n'agit pas du tout sur les douleurs gastriques et duodénales.

Si nous reprenons les résultats de ces diverses expérimentations, nous pouvons schématiser ainsi l'action élective des différents médicaments et procédés employés.

1° L'antipyrine agit sur les douleurs cœlialgiques et efface admirablement les points douloureux de cette nature. Elle n'agit ni sur les douleurs d'origine hépatique, ni sur les douleurs gastro-duodénales, ni sur les douleurs appendiculaires.

2° L'opium qui est un analgésique plus puissant, calme la plupart des douleurs. Cependant, il agit d'une façon élective sur les douleurs d'origine hépatique. De plus, il calme incomplètement toutes les douleurs gastro-duodénales et les douleurs appendiculaires.

3° La belladone n'a aucune action sur les points appendiculaires et vésiculaires. Elle efface admirablement les points duodénaux et épigastriques.

4° La chaleur agit surtout sur les douleurs hépatiques, elle exagère parfois les points appendiculaires, agit très peu sur les points gastriques et duodénaux.

5° Le froid agit surtout sur les points appendiculaires, il n'a aucune action sur les points gastriques et duodénaux et une action peu marquée sur les points cystiques qu'il exagère parfois.

Nous ne saurions mieux faire, pour conclure, que de citer les opinions de G. Parturier, à propos de l'action élective des médicaments sur les points douloureux abdominaux : « Une dissociation dans les zones douloureuses constatées peut jusqu'à un certain point être réalisée par les épreuves thérapeutiques suivantes, l'administration de l'opium exerçant en général une influence sédative beaucoup plus nette sur les douleurs vésiculaires, alors qu'une préparation belladonée calmera mieux la duodénalgie, et que l'antipyrine atténuera très sensiblement les algies névropathiques. La chaleur qui calme les douleurs vésiculaires, et atténue les douleurs duodénales est à peu près sans action sur la douleur appendiculaire qu'elle exagère quelquefois; au contraire l'application de la glace sur la région appendiculaire est un calmant rapide et vraiment remarquable ».

CHAPITRE II

Sous quelle forme allons-nous administrer nos médicaments?

Trois moyens s'offraient à nous pour l'administration de nos médicaments:

La voie buccale;
La voie hypodermique;
La voie rectale.

1° Voie buccale. — Nous avons éliminé cette façon de procéder pour les raisons suivantes:

L'absorption d'un médicament par la voie gastrique suppose un estomac en parfait état, pour que la drogue produise le maximum d'effet, et puisse être rapidement dissoute et absorbée. Or, puisque nous essayons justement ces médicaments dans divers cas d'affections des voies digestives, nous pourrons de ce fait, avoir des causes d'erreurs dues à un fonctionnement défectueux de l'estomac ou de l'intestin qui retardera et fera varier l'action du médicament. De plus, l'absorption, par la voie buccale, peut amener des vomissements, d'autant plus fréquents que nous avons affaire à des malades du tube digestif.

2° Voie hypodermique. — Nous ne l'avons pas employée non plus, et voici pourquoi:

a) Les solutions d'antipyrine injectables contiennent pour la plupart de la cocaïne (solution de G. Sée à 5 gr. d'antipyrine pour 10 cc, + 0,15 de cocaïne; solution de Capitan à 10 gr. d'antipyrine pour 10 cc. + 0,25). Or, l'adjonction de cet alcaloïde fausserait nos résultats, et, d'autre part, on ne peut injecter une solution d'antipyrine seule qui est mal supportée parce que très douloureuse.

b) Nous n'avons pas voulu employer l'opium sous forme de morphine:

A cause des vomissements fréquents après l'injection de cet alcaloïde;

A cause de l'accoutumance toujours à redouter;

Parce que l'opium total agit mieux sur le tube digestif (Nothnagel et Rossbach).

c) De même pour la belladone, nous n'avons pas voulu employer l'atropine plus active, mais plus toxique aussi que l'extrait de belladone.

3° Voie rectale. — Nous avons usé de cette voie qui ne présente aucun de ces inconvénients. L'absorption de nos trois médicaments est plus rapide par la voie rectale (l'antipyrine est retrouvée dans l'urine, une demi heure après son administration par la voie rectale, c'est-à-dire dix minutes avant qu'on puisse la déceler dans l'urine, après son ingestion; expérience de Dujardin-Beaumetz, Marie et Lemansky). De même, l'opium et la belladone sont absorbés et éliminés plus rapidement, lorsqu'on les donne par la voie rectale. Nous avons employé l'antipyrine en solution aqueuse, l'opium sous forme de laudanum de Sydenham, c'est-à-dire de mélange à base d'extrait d'opium et la belladone sous forme d'extrait de belladone, en solution aqueuse.

CHAPITRE III

Technique du procédé

Examen complet du malade. — On note très exactement les points douloureux abdominaux repérés, grâce à la pression unidigitale ou à l'emploi de l'esthésiomètre de J. Ch. Roux et Millon. On marque ces points sur la paroi avec le crayon dermographique; on administre un lavement évacuateur avec:

Glycérine	30 grammes.
Eau tiède.	1 litre.

Une heure après, lorsque l'intestin est vidé, on laisse le malade allongé dans le décubitus dorsal, et on lui fait administrer un lavement à garder avec, suivant les cas:

(1)	Antipyrine	1 gr. 50
	Laudanum	VIII gouttes.
	Eau	150 grammes.
(2)	Laudanum.	XX gouttes.
	Eau	150 grammes.
(3)	Laudanum.	XX gouttes.
	Antipyrine.	1 gr. 50.
	Eau	150 grammes.
(4)	Extrait de belladone.	0.02.
	Eau	150 grammes.

Un quart d'heure ou une demi heure après l'administration d'un de ces lavements, on note les changements survenus au niveau des points douloureux, ceux qui ont

disparu, ceux qui se sont atténués, ceux qui sont restés identiques.

Pour étudier l'action de la chaleur et du froid, nous avons agi de façon analogue :

(5) *Chaleur.* — Compresses de gaze trempées dans l'eau chaude, recouvertes de toile cirée ou cataplasmes de farine de lin laissés en place six ou huit heures et renouvelés toutes les demi heures.

On note avant l'application des compresses les points douloureux et après six ou huit heures de leur action, on note la différence et les changements.

(6) *Froid.* — Vessie de glace avec interposition d'une couche de flanelle. On laisse la glace douze heures en la changeant deux fois pendant ce temps.

On a noté, avant la mise en place de la vessie, les points douloureux, et douze heures après on note les changements survenus.

Voici la technique du procédé. Voici maintenant comment nous agissons en détail.

Nous sommes en présence d'un malade atteint d'affection digestive indéterminée chez lequel nous notons divers points douloureux. Nous commençons par donner le lavement d'antipyrine (n° 1) suivant la technique indiquée. Si tous les points ont disparu, nous sommes suffisamment renseignés par cette seule épreuve. Il s'agit de cœlialgie, puisque nous avons vu, expérimentalement, que les points organiques ne sont pas effacés par ce seul médicament.

S'il reste des points douloureux, nous donnons le lavement de laudanum (n° 2). Si nos points sont effacés, il s'agira de douleurs d'origine vésiculaire, puisque l'opium agit surtout sur ceux-là.

Si maintenant, notre première épreuve (antipyrine n° 1), avait fait disparaître certains points cœlialgiques et laissé certains autres en place; nous donnerons le lendemain ou le surlendemain, le lavement de laudanum et d'antipyrine (n° 3). Nos deux médicaments combineront alors leur action, l'antipyrine faisant disparaître les points cœlialgiques, le laudanum influençant les points vésiculaires.

Supposons maintenant que ni la première, ni la deuxième, ni la troisième épreuve n'ait supprimé tous nos points douloureux, nous pratiquerons alors une quatrième épreuve, et donnerons le lavement de belladone (n° 4). Ce dernier médicament agira alors sur le point duodénal ou épigastrique, tandis que nos trois premières épreuves les auront laissés intacts, et mieux les auront fait ressortir à ce moment, puisqu'ils auront supprimé tous ceux de son voisinage.

Enfin, si ces quatre procédés n'ont pas supprimé tous les points, nous étudierons l'action de la glace (n° 6) et la disparition des points, grâce à cet agent physique nous fera penser à l'appendicite.

Accessoirement, l'action de la chaleur nous donnera un moyen intéressant de diagnostic différentiel, entre l'appendicite et les cholécystites.

Il est un fait courant, c'est que l'opium agit favorablement sur les douleurs d'origine appendiculaire. Nous pensons toutefois que cette action n'est pas complète, et que les points appendiculaires ne sont pas toujours et parfaitement calmés par l'opium qui a une action élective sur les points d'origine vésiculaire. Cependant, pour ne pas nous fier seulement à des nuances parfois difficiles à saisir, nous avons employé un autre moyen de différenciation.

Deux points douloureux sont calmés par l'opium, s'agit-il de points appendiculaires, ou de points vésiculaires?

L'épreuve n° 5) de la chaleur va nous renseigner, car elle agira très favorablement sur les points vésiculaires et calmera mal, ou même augmentera les douleurs appendiculaires.

Prenons un exemple tiré d'une de nos observations, pour montrer les détails de notre procédé:

Observation VII

On note:

Point de Mac Burney,
Point de Lanz,
Point épigastrique,
Point para-ombilical droit,
Point mésentérique supérieur,
Manœuvre de Rovsing positive.

On marque ces points sur la paroi abdominale.

Manœuvre de Rovsing: positive.
Point para-ombilical droit: disparu.
Point mésentérique supérieur: disparu.
Point épigastrique: disparu.

Le 5 octobre:

A 9 heur.: Lavement évacuateur.
A 10 heur.: Lavement d'antipyrine (n° 1) à garder.
A 10 h. 15: Points de Lanz et de Mac Burney, intacts.
Manœuvre de Rovsing: positive.
Point paraombilical droit: très atténué.
Point mésentérique supérieur: très atténué.
Point épigastrique: très atténué.
A 10 h. 30: Points de Lanz et de Mac Burney: intacts.

Le 7 octobre:

On repère les points qui sont les mêmes que la veille.

A 10 heur.: Lavement évacuateur.

A 11 heur.: Lavement de laudanum et antipyrine (n° 3).

A 11 h. 15: Points de Mac Burney et de Lanz: légèrement diminués.
Manœuvre de Rovsing: positive.
Point para-ombilical droit: atténué.
Point mésentérique supérieur: atténué.
Point épigastrique: atténué.

A 11 h. 30: Points de Mac Burney et de Lanz: très atténués, mais toujours sensibles à la pression profonde.
Manœuvre de Rovsing: positive.
Point para-ombilical: disparu.
Point mésentérique supérieur: disparu.
Point épigastrique: disparu.

Le 9 octobre:

On repère toujours les mêmes points.

A 9 heur.: Lavement évacuateur.

A 10 heur.: Lavement de belladone (n° 4).

A 10 heur. 15 et à 10 h. 30: On ne note aucune modification des points.

Le 10 octobre:

Les points sont toujours en place, on les note.

A 10 heur.: Compresses chaudes (n° 5) sur le ventre, renouvelées toutes les demi-heures.

A 18 heur.: Tous les points sont restés douloureux: le Mac Burney et le Lanz sont plus douloureux que le matin.

La manœuvre de Rovsing arrache des cris à la malade qui éprouve une impression de tiraillement dans le flanc droit, et dit ne plus pouvoir supporter les compresses.

Le 11 *octobre:*

On note les mêmes points douloureux.
A 8 heur.: Vessie de glace sur l'abdomen.
A 18 heur.: La glace a été changée deux fois.
La paroi est très relâchée; les points de Mac Burney et de Lanz ont disparu, même à la pression profonde.
La manœuvre de Rovsing est négative.

Cette revue complète d'une de nos observations aura montré, en détail, la technique que nous avons exposée dans le courant de ce chapitre. Ainsi, dans tous les cas, nous avons sérié les épreuves et sélectionné peu à peu les points douloureux abdominaux, par telle ou telle méthode, et nous en avons déduit les conclusions pratiques qui nous restent à exposer.

CHAPITRE IV

Avantages et utilité de notre procédé

Avant de montrer l'intérêt pratique de notre procédé de dissociation élective des points douloureux de l'abdomen, disons tout de suite combien sa mise en œuvre est simple et facile. Il peut être employé dans tous les cas, et ne nécessite aucune instrumentation spéciale. Il est ainsi à la portée de tous les médecins et praticiens qui peuvent ne pas avoir à leur disposition tout l'arsenal moderne des moyens de diagnostic. De plus, il sera accepté facilement par le malade en clientèle, comme à l'hôpital: deux lavements par jour pendant trois jours au plus, le plus souvent même un lavement médicamenteux, la palpation soigneuse de l'abdomen, tout cela n'est ni effrayant, ni coûteux, ni compliqué.

Mais, ces avantages qui sont grands, puisque le *primum non nocere* doit être à la base de tous les moyens de diagnostic et de traitement employés par le médecin, ces avantages, s'ils étaient les seuls, ne seraient pas bien grands, car on ne peut dire d'un procédé qu'il est avantageux pour cette seule raison qu'il n'est pas dangereux.

Notre procédé pourra rendre de grands services dans bien des cas. Nous avons vu combien difficiles, combien insolubles même, étaient les problèmes soulevés par le diagnostic de certaines affections du tube digestif.

Le procédé que nous avons décrit pourra rendre de grands services, pour la confirmation d'un diagnostic hésitant, et surtout pour l'établissement d'un diagnostic précis. Si nous nous trouvons en présence d'un malade qui se plaint de troubles digestifs, porteur de points douloureux multiples, si nous relevons de plus des signes nets de névropathie, nous serons orientés vers la pensée d'une gastro-névrose. Mais, que de malades étiquetés hystériques ou névrosés! Que de gastriques vrais soignés par la suralimentation et les douches froides!

Si notre lavement d'antipyrine vient effacer radicalement nos points douloureux, comme dans nos observations I, II, III, IV, V, nous pourrons alors affirmer qu'il s'agit bien de cœlialgies, et dans tous les cas que nous avons examinés, nous n'avons jamais eu à revenir sur notre diagnostic.

Cet intérêt de confirmation d'un diagnostic n'est pas le seul qui revienne à ce procédé clinique.

Dans nombre de cas, il nous a permis d'éclairer un diagnostic, grâce à la sélection des points douloureux.

Le lavement de laudanum et d'antipyrine, par exemple, en faisant disparaître le point cystique et les points cœlialgiques, a fait ressortir, à fait émerger, pour ainsi dire un point duodénal passé inaperçu, ou pris pour une irradiation des autres (obs. XII, XIII). Il en a été de même pour le point cystique noyé au milieu des autres points, et que le lavement d'antipyrine a rendu plus net en effaçant les autres (obs. VIII, IX), de même enfin pour les points appendiculaires que le lavement d'antipyrine et de laudanum a isolés des autres (obs. VI, VII, XVIII).

Sous l'écran même, l'observateur peut être gêné encore par les points cœlialgiques, et il nous est arrivé souvent, pour aider le radiologue à préciser les points douloureux

(duodénum, vésicule biliaire) de prescrire au malade un lavement médicamenteux avant l'examen (lavement d'antipyrine n° 1).

Enfin, quelques malades envoyés à l'hôpital pour lésions organiques ont vu leurs points douloureux effacés par l'antipyrine, et on a pu ramener à leur juste valeur, à la névralgie, ou à la névrite cœliaque, les douleurs que ces malades accusaient (obs. I, II, III, IV, V).

Nous aurons donc grand intérêt à employer ce procédé. Il ne nous suffira pas, bien entendu, pour faire tous nos diagnostics en pathologie abdominale, nous n'avons pas l'intention de donner aux points douloureux abdominaux un rôle primordial en pathologie digestive, ni de faire de ces points un signal toujours infaillible de la lésion précise de tel ou tel organe. Comme toujours en clinique, nous éprouverons des surprises, nous aurons des résultats changeants. Nous pouvons dire cependant que telle qu'elle est cette méthode que nous avons expérimentée soigneusement pendant huit mois, et que Gaston Parturier a signalée en 1914, nous a donné un faisceau de preuves tout à fait concordantes. Enfin, et nous insistons une dernière fois sur ce point, le procédé que nous avons proposé, est une méthode qui se fait au lit du malade, et le médecin qui l'expérimentera, aura à exercer seulement son sens clinique et ses doigts.

Nous terminerons en citant les phrases si judicieuses de J. Mackenzie: « Alors que l'on a fait beaucoup dans le but d'élucider les symptômes les plus obscurs résultant du fonctionnement désordonné des viscères malades, on a accordé relativement peu d'attention aux symptômes les plus apparents. Tout en étant très loin d'amoindrir la valeur des travaux qui ont été faits par ce que l'on pourrait appeler les méthodes de laboratoire, de diagnostic

clinique, je pense que ces méthodes n'ont qu'une valeur pratique, très réduite, pour le médecin praticien, si on les compare aux résultats que fournit la connaissance des symptômes qui se produisent par l'excitation réflexe du système nerveux. Le médecin praticien n'a pas souvent l'occasion ni la possibilité d'appliquer dans sa clientèle des méthodes d'examen compliquées, tandis qu'au contraire dans la plupart des cas, les symptômes réflexes sont à la portée de sa main, et c'est sur eux seuls qu'il doit compter pour faire son diagnostic et établir son traitement.

» Dans une certaine mesure, la facilité et l'apparente sécurité des laparotomies exploratrices, a fait abandonner l'examen soigneux et difficile de la nature des symptômes, de sorte qu'il règne maintenant de la confusion au sujet de la nature et de l'origine des nombreux phénomènes faciles à découvrir. Cette confusion est en très grande partie due au fait que les phénomènes réflexes des maladies viscérales n'ont pas été suffisamment étudiés ».

Dans toutes nos observations, il s'agit partout de cas chroniques. Nous avons expérimenté notre procédé, dans quelques cas aigus (obs. VI, XVII, XVIII, XIX) et nous n'avons pas eu les mêmes résultats. Dans les cas de colique hépatique, d'appendicite aiguë, l'irritation des différents plexus est telle que la douleur primitive fait tache d'huile, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et que l'acuité même des symptômes peut être extrêmement gênante pour retrouver le point de départ de la douleur. Dans ces différents cas, nos expérimentations n'ont pas amené une disparition complète de la douleur, et la pression en un seul des points a toujours réveillé une douleur rapidement généralisée et irradiée à tout l'abdomen. Seule notre observation XVIII (appendicite aiguë) nous

a donné des résultats analogues à ceux que nous avions trouvé dans les cas chroniques.

De même, dans les cas subaigus qui s'accompagnent presque tous de péritonite adhésive, nous avons retrouvé les mêmes difficultés.

Il y aurait un très grand intérêt à envisager la pathogénie de cette dissociation de certaines douleurs abdominales par des procédés électifs Il y aurait là tout un travail à entreprendre, et ce serait sortir des limites de notre sujet. Nous pouvons dire, cependant, en nous appuyant sur la remarquable étude de A. Guillaume sur le sympathique et sur le livre de Mackenzie: « Les symptômes et leur interprétation », qu'il doit être très possible d'expliquer cette dissociation. Il s'agit, en somme de quelques exemples d'électivité pharmacologique et d'affinité élective vis-à-vis des tonus nerveux.

L'antipyrine agit sur les cœlialgies et suffit à les calmer, car, dans ce cas, les plexus nerveux locaux sont seuls atteints. Le médicament nervin par excellence: l'analgésine agit sur les plexus nerveux, et comme nous connaissons leur autonomie relative, il n'y a rien là qui ne soit très normal.

L'opium agit électivement sur la vésicule, car il aura l'avantage, en plus de son action analgésique cérébrale, de supprimer le spasme de la vésicule, en atténuant la contracture des fibres lisses de cet organe.

Enfin, la belladone agira électivement sur le gastro-duodénum, d'abord aussi comme analgésique atteignant les filets sensitifs, et de plus en diminuant et en tarissant l'hypersécrétion.

TABLEAU SYNOPTIQUE

de l'Action élective des Médicaments et des Agents physiques expérimentés

	Cœlialgies	Douleurs appendiculaires	Douleurs vésiculaires	Douleurs gastro-duodénales
Antipyrine.	++	0	0	0
Laudanum.	+	+	++	0
Belladone.	0	0	0	++
Chaleur.	0	0	++	0
Froid.	0	++	0	0

++ Action très marquée. — + Action légère. — 0 Action nulle.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Cœlialgie

Mme X..., 35 ans, veuve de guerre.

Trois enfants; troubles digestifs depuis trois ans.

Douleurs précoces mais aussi douleurs tardives quelquefois calmées par l'alimentation (donc, apparence de douleurs pylorique ou duodénale).

Parfois, au contraire, l'alimentation est redoutée.

Rien à signaler comme antécédents, sinon que cette femme a toujours été mal réglée et qu'elle est excessivement nerveuse.

A l'examen, on est en présence d'une femme au teint terreux, amaigrie, aux muqueuses pâles.

Le ventre est excavé, flasque et sillonné de vergetures.

On trouve un côlon ascendant spasmé et on note de nombreux points douloureux.

Points: de Mac Burney; — de Lanz; — sous-costal; — duodénal; — vésiculaires; — para-ombilicaux; — épigastrique; — mésentérique supérieur et inférieur.

On donne après lavement évacuateur, le lavement d'antipyrine (n° 1).

Un examen pratiqué un quart d'heure après, montre l'atténuation des points para-ombilicaux et mésentériques et un nouvel examen pratiqué une demi heure après ne permet de retrouver aucun des points douloureux.

La radioscopie, après ingestion de bouillie bismuthée, montre qu'il s'agissait de ptose abdominale maigre chez une nerveuse.

Observation II

(Personnelle)

Cœlialgie

Femme de 21 ans, entrée à l'hôpital pour troubles gastriques.

Troubles digestifs datent de six mois: douleur au creux épigastrique survenant sans horaire fixe tantôt dans la journée, une heure ou deux après les repas, tantôt au milieu de la nuit, ces douleurs s'irradient dans tout l'abdomen et vers l'œsophage.

Notons de plus, vomissements alimentaires et bilieux survenant irrégulièrement, constipation opiniâtre, état psychique inquiet, antécédents héréditaires chargés au point de vue nerveux.

A l'examen: femme en bon état général, pas d'amaigrissement; l'étude des divers appareils ne révèle rien d'anormal.

L'examen du tube digestif montre de nombreux points douloureux abdominaux:

Points: de Mac Burney; — de Lanz; — para-ombilicaux; — mésentérique supérieur et inférieur; — épigastrique; — duodénal; — cystique.

Le 15 novembre, lavement évacuateur suivi une heure après de lavement d'antipyrine (n° 1).

Un examen des points douloureux pratiqué un quart d'heure après, montre une atténuation sensible des points para-ombilicaux et mésentériques.

Les points de Lanz, de Mac Burney, épigastrique, duodénal et cystique sont encore douloureux à la pression profonde.

Un nouvel examen pratiqué une demi heure après, c'est-à-dire trois quarts d'heure après le lavement d'antipyrine ne laisse subsister aucun point douloureux.

Le ventre est souple, détendu, la malade qui réagissait par des cris à la pression aux différents points notés, n'accuse plus la moindre sensation douloureuse.

Les différents examens (radioscopiques, chimiques, coprologiques) ne montrent rien d'anormal.

Un traitement par des pilules de mica-panis et des enveloppements froids guérit la malade en quinze jours.

Il s'agit en somme de gastro-névrose.

Observation III

(Personnelle)

Cœlialgie

Mme X..., 44 ans, entrée à l'hôpital pour dyspepsie rebelle. Souffre de troubles digestifs depuis l'âge de 14 ans. A cette époque: vomissements cycliques, crampes, pyrosis, constipation, poussée de gastro-entérite il y a dix ans.

Pendant les années qui suivent, la malade ne se plaint plus de son estomac et mange de tout.

En 1914, hystérectomie pour métrorragies répétées.

Depuis six mois, troubles gastriques ont reparu, ce sont des brûlures au creux épigastrique surtout après les repas (demi heure à trois heures après) des bouffées de cha-

leur, nausées, quelques vomissements alimentaires n'affectant pas le type pylorique.

Examen montre femme agitée, trépidante.

L'estomac paraît abaissé et dilaté, la paroi est flasque et présente une éventration partielle à mi-distance entre ombilic et pubis, sur la cicatrice opératoire. On note, comme points douloureux:

Points: épigastrique; — para-ombilicaux surtout le gauche; — duodénal; — mésentérique supérieur et inférieur.

Après lavement évacuateur, on donne une heure après le lavement d'antipyrine (n° 1).

L'examen pratiqué une demi heure après le lavement, montre une disparition complète des points para-ombilicaux et mésentériques. Après trois quarts d'heure, une disparition complète de tous les points, sauf du point épigastrique qui reste légèrement sensible mais infiniment moins qu'avant le lavement.

La radioscopie montre un estomac descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis (rien aux examens chimiques et coprologiques).

Il s'agissait ici de ptose gastrique et le port d'une ceinture améliora considérablement la malade qui sortit huit jours après.

Observation IV

(Personnelle)

Cœlialgie

Mme A. R..., 41 ans, entre à l'hôpital pour appendicite à opérer. On note une poussée de paludisme, il y a dix ans. Depuis cette époque s'installent des troubles diges-

tifs vagues, survenant par crises et marqués par une constipation opiniâtre, de l'inappétence et des douleurs abdominales diffuses. Depuis cinq mois, les troubles digestifs s'accentuent, les digestions deviennent lentes et pénibles, des vomissements apparaissent une ou deux heures après chaque repas, sans affecter le type pylorique. Il y a quinze jours apparaît une crise aiguë avec douleurs abdominales précises dans la région péri ombilicale, irradiant dans tout le flanc droit et survenant une heure ou deux après les repas; vomissements alimentaires et bilieux ne soulageant pas la malade.

L'examen actuel nous montre une femme amaigrie, au teint terreux; la paroi abdominale est flasque et molle il n'y a aucune défense musculaire. Pas de signes généraux température normale. On note:

Un point de Mac Burney; un point de Lanz; les points para-ombilicaux; les points mésentériques supérieur et inférieur.

La pression en tous ces points localisés arrache des cris à la malade.

L'examen des autres appareils nous révèle un utérus abaissé en antéversion avec annexes prolabées dans le Douglas et un rein droit présentant une ptose de un degré.

Enfin, l'examen du système nerveux révèle un psychisme troublé par de véritables manifestations hystériques (abolition des réflexes pharyngé et cornéen).

On donne, après lavement évacuateur, le lavement d'antipyrine (n° 1).

Un examen pratiqué un quart d'heure après, montre une atténuation de tous les points qui ont disparu après une demi heure.

La radioscopie montre un estomac très abaissé, ainsi

qu'une ptose duodénale du 2 degré (pas de sténose pylorique, ni trace d'ulcus).

Les examens coprologiques, hématologiques et chimiques n'ont rien montré d'anormal.

Il s'agit en somme d'une femme atteinte de ptose gastrique et de cœlialgie amplifiée encore par un terrain névropathique.

Observation V

(Personnelle)

Cœlialgie. Stase intestinale

Mme M. S..., 33 ans, entre à l'hôpital pour appendicite chronique. Crises de douleurs abdominales apparues il y a cinq ans au cours d'une grossesse, non rythmées par les repas et étendues à tout l'abdomen.

Constipation opiniâtre; vomissements alimentaires.

Les crises apparaissent tous les mois environ et durent quelques jours sans localisation particulière. Elles laissent après elles une inappétence marquée et une lassitude générale. Depuis un an, les crises se localisent à la fosse iliaque droite, s'accompagnent toujours de vomissements, de constipation et d'un peu de fièvre.

Le diagnostic hésite d'abord entre appendicite et cholécystite.

A l'examen: femme amaigrie au teint jaunâtre, aux téguments flasques.

On note: point cystique; zone de Chauffard, points para-ombilicaux, points mésentériques, point de Mac Burney, point de Lanz, point promontorien, points iliaques, point cervical droit.

On donne, après lavement évacuateur, un lavement d'antipyrine (n° 1); une demi heure après les points cys-

tique, de Mac Burney, de Lanz, promontorien et iliaques ont disparu sauf le para-ombilical droit qui est encore un peu sensible.

La radioscopie, après ingestion de bouillie bismuthée révèle une ptose colique avec abaissement considérable du côlon transverse et retard très marqué dans l'évacuation du bismuth (après la 85e heure, il reste encore du bismuth dans le côlon pelvien).

L'intervention chirurgicale montre un accolement en canon de fusil du côlon ascendant avec le côlon transverse, pas de lésion appendiculaire ni hépatique. Les douleurs étaient donc bien d'origine cœlialgique.

Observation VI

(Dûe à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Appendicite

Mlle J..., 22 ans.

Crise douloureuse dans le flanc droit, considérée depuis un an comme coliques vésiculaires.

A l'examen on trouve tout le flanc droit douloureux et tendu. Pas de subictère net. On note seulement une légère teinte jaunâtre des téguments. On trouve comme points douloureux:

Points: cystique, épigastrique, de Mac Burney, de Lanz, cervicaux droit et gauche (le droit plus marqué).

On administre après lavement évacuateur un lavement d'antipyrine et de laudanum (n° 3).

Tous les points disparaissent sauf le point de Mac Burney et le point de Lanz (les deux points cervicaux ne sont plus sensibles).

Débarrassé de ces nombreux points douloureux qui

rendaient l'examen confus, on peut provoquer une manœuvre de Rovsing tout à fait positive.

L'examen du sang décèle une leucocytose légère; la température s'élève.

Il s'agissait d'une appendicite simulant une cholécystite.

Observation VII

(Personnelle)

Appendicite

Mme X..., 30 ans. Entrée à l'hôpital pour appendicite chronique, deux crises appendiculaires caractéristiques, il y a trois mois et un mois.

Depuis cette époque, alternative de bonne santé et de douleurs légères.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme un peu cholémique, en bon état général. Température: 37°8; pouls. 75.

La palpation de l'abdomen nous montre une paroi résistant un peu plus à droite qu'à gauche, pas de défense musculaire à proprement parler.

La pression révèle comme points douloureux:

Points: de Mac Burney, de Lanz, para-ombilical droit, mésentérique supérieur, épigastrique; manœuvre de Rovsing, positive.

On donne après lavement évacuateur le lavement d'antipyrine (n° 1).

Après un quart d'heure les points para-ombilical droit, mésentérique supérieur et épigastrique sont très diminués.

La manœuvre de Rovsing est toujours positive; les points de Lanz et de Mac Burney sont intacts.

Après une demi heure les points de Lanz et de Mac Burney sont toujours intacts. La manœuvre de Rovsing toujours intacte. Les autres points ont disparu.

Le surlendemain, après lavement évacuateur, lavement de laudanum et d'antipyrine (n° 3).

Après un quart d'heure tous les points sont atténués, la manœuvre de Rovsing est toujours positive.

Après une demi heure, les points para-ombilical droit, mésentérique supérieur, épigastrique ont disparu ; les points de Lanz et de Mac Burney sont très atténués, mais toujours sensibles à la pression profonde; la manœuvre de Rovsing est toujours très nettement positive.

Le surlendemain, après lavement évacuateur, lavement de belladone (n° 4).

Après une demi heure, on ne note aucune modification des points, sinon une légère atténuation du point épigastrique.

Le lendemain, compresses chaudes sur l'abdomen à 10 heures du matin. La malade revue à la contre-visite (17 heures) nous dit ne plus pouvoir supporter la chaleur.

De fait, les points de Mac Burney et de Lanz sont plus douloureux que le matin. La manœuvre de Rovsing arrache des cris à la malade.

Le lendemain vessie de glace sur le ventre; dix heures après (la glace a été changée deux fois), la paroi est très relâchée, les points de Mac Burney et de Lanz ont disparu même à la pression profonde, la manœuvre de Rovsing est tout à fait négative.

Quelques jours après, intervention chirurgicale (appendice coudé obstrué par un petit calcul stercoral présente un épaississement notable et des signes d'inflammation chronique); depuis cette époque la malade, revue trois mois après est en parfaite santé.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Cholécystite

Mlle J. K..., 28 ans. Ptose abdominale avec allongement et atonie de l'estomac; coliques vésiculaires.

A l'examen de l'abdomen, nombreux points douloureux.

Points: cystique, épigastrique, de Mac Burney, Lanz, para-ombilicaux, mésentériques.

On peut hésiter entre cholécystite et appendicite chronique.

Après lavement d'antipyrine (n° 1), disparition de tous les points douloureux, sauf du point vésiculaire.

Après lavement d'antipyrine et de laudanum (n° 3) disparition de tous les points. On peut percevoir encore cependant le point vésiculaire, mais très atténué.

Observation IX

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Cholécystite

Mlle M.-L. K... (sœur de la précédente).

Observation calquée sur celle de sa sœur.

Ptose abdominale avec crises douloureuses. Nombreux points abdominaux.

Points: cystique, de Mac Burney, de Lanz; points douloureux au niveau des ovaires.

Après lavement d'antipyrine (n° 1) le point vésiculaire persiste seul et s'atténue considérablement, après lavement d'antipyrine et laudanum (n° 3). Il s'agissait ici,

comme dans le cas précédent, de coliques vésiculaires qui pouvaient être confondues avec appendicite chronique, et ici avec ovarite.

Observation X

(Personnelle)

Cholécystite

Mme C. N..., 28 ans, entre à l'hôpital pour ictère lithiasique. Depuis quelques mois, troubles gastriques, vomissements, crampes d'estomac, brûlures au creux épigastrique, crise aiguë il y a quinze jours, violente douleur abdominale surtout marquée au point cystique, irradiations dans l'épaule droite, vomissements alimentaires et bilieux. Le surlendemain, ictère apparaît, cutanéo-muqueux, cholurique.

On note, à l'examen, un foie qui déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. La vésicule n'est pas perceptible.

On note: un point cystique, un point épigastrique, les points para-ombilicaux.

Une demi heure après lavement d'antipyrine (n° 1), l'examen pratiqué ne montre aucune atténuation des points cystiques et épigastriques et une disparition des para-ombilicaux.

Un quart d'heure et une demi heure après, lavement de belladone (n° 4); on ne note aucune atténuation des points douloureux.

Le surlendemain, lavement de laudanum (n° 2).

Après un quart d'heure, on note un relâchement complet de la paroi abdominale et une atténuation des points cystique et épigastrique qui ont totalement disparu après une demi heure.

Le surlendemain, épreuve de la chaleur (n° 5).

Atténuation très nette des points cystique et épigastrique, après quatre heures de compresses chaudes.

Le lendemain, épreuve de la glace (n° 6).

Après vingt-quatre heures, pas d'action; les points restent très douloureux.

Observation XI

(Personnelle)

Cholécystite

Mme X..., 27 ans, entre à l'hôpital pour troubles gastriques. Il y a deux mois, troubles gastro-intestinaux, avec léger subictère. Depuis cette époque, inappétence, constipation. Il y a un mois, colique hépatique très nette avec prédominance des douleurs au niveau de l'hypochondre et irradiations en ceinture et vers l'épaule droite. Depuis ce temps-là, dégoût des aliments et de temps en temps, réapparition des douleurs surtout marquées alors au niveau du rebord costal gauche (notons dans les antécédents de cette malade plusieurs accès de paludisme franc).

A l'examen, on voit une femme amaigrie, les traits tirés, avec léger subictère conjonctival.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes; la vésicule n'est pas perceptible, légère défense musculaire du côté droit de l'abdomen. On note divers points douloureux:

Un point épigastrique, un point cystique, un point duodénal, les points para-ombilicaux, un point symétrique du point cystique, à gauche; le point cervical droit, le signe de la douleur inspiratoire est positif.

La rate est percutable sur quatre travers de doigt.

Rien à signaler au niveau des autres appareils.

Après lavement évacuateur, on donne le lavement d'antipyrine (n° 1). Après un quart d'heure et une demi heure, on note l'atténuation, puis la disparition des points paraombilicaux. Les points cystique, épigastrique, duodénal et celui de l'hypochondre gauche, restent intacts.

Le lendemain, après lavement évacuateur, on donne le lavement de laudanum et antipyrine (n° 3).

L'examen pratiqué une demi heure après montre d'abord un relâchement manifeste de la paroi abdominale du côté droit.

Les points: cystique, épigastrique et duodénal sont complètement effacés. On enfonce profondément le doigt au niveau du rebord hépatique, sans réveiller la moindre douleur. Le signe de la douleur inspiratoire est devenu négatif; seul persiste le point de l'hypochondre gauche.

L'épreuve du froid (n° 6), pratiquée le lendemain, ne donne aucune atténuation des points douloureux.

L'épreuve de la chaleur (n° 5), pratiquée le lendemain, montre une atténuation très marquée des points cystique et épigastrique (après huit heures de compresses chaudes).

Il s'agissait de cholécystite lithiasique, et du reste un traitement approprié améliore rapidement la malade qui sort guérie trois semaines plus tard, non sans avoir eu avant son départ un accès de paludisme franc avec douleur très vive dans la région splénique, ce qui explique la persistance du point de l'hypochondre gauche qui répondait vraisemblablement à une congestion de la rate.

Observation XII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Cholécystite. Ulcus duodénal

Mme X..., 32 ans, mariée depuis douze ans, deux enfants bien portants, souffre depuis très longtemps de troubles dyspeptiques, a eu à l'occasion de son premier accouchement une véritable colique hépatique, suivie d'ictère; trois autres crises espacées d'abord de six mois, puis de huit mois, et enfin d'un an, ont suivi sans jaunisse. A l'occasion du deuxième accouchement, distant de deux ans et demi du premier, il y a eu encore une crise, mais moins intense que la première. Puis la malade s'est mise à souffrir de façon presque continue, elle a été vue par plusieurs médecins qui ont diagnostiqué une cholécystite chronique, et ont posé la question d'une intervention. A l'examen: mauvais état général, teint bistré, légèrement subictérique, pâleur des muqueuses, ptose abdominale importante, foie abaissé et augmenté de volume, vésicule biliaire saillante de 4 centimètres très douloureuse à la palpation. D'ailleurs, tout le flanc droit est sensible jusque dans la fosse iliaque droite (on pourrait penser à une lésion appendiculaire si l'appendice n'avait été enlevé à l'âge de 20 ans).

On note: point cystique, point duodénal, point paraombilical droit.

Après lavement évacuateur, on donne un lavement de laudanum et antipyrine (n° 3). Un nouvel examen pratiqué une demi heure après, permet de constater un relâchement de la paroi abdominale qui laisse une palpation plus facile de toute la région. On perçoit nettement la

tumeur formée par le cholécyste, mais qui n'est plus qu'à peine sensible. L'exploration du point duodénal révèle une douleur très nette. La recherche des points cervicaux qui avait montré une excitabilité égale des deux côtés, ne retrouvait plus du côté droit qu'une légère sensibilité, tandis que le point cervical gauche avait gardé toute son acuité.

Un interrogatoire plus précis permit de se rendre compte qu'à côté des crises douloureuses irradiant vers l'épaule droite, survenant quatre heures après le repas, et s'accompagnant de nausées, il existe d'autres douleurs non nauséeuses, très tardives, réveillant la malade vers 2 heures du matin, et calmées par l'alimentation. L'examen des fèces en série révéla une réaction de Meyer, positive quatre fois sur dix examens. Enfin, la radioscopie fit voir une hyperkinésie gastrique, avec évacuation rapide de l'estomac, duodénum très visible, et porteur d'un point douloureux très net, et très localisé.

Il y avait donc, chez cette femme, outre la cholécystite chronique facile à diagnostiquer, un ulcus duodénal décelé par la dissociation des points douloureux.

Observation XIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Ulcus duodéno-pylorique chez une ptosique

M. X..., 30 ans. Syndrome digestif avec douleurs tardives apparaissant quelques heures après les repas.

Pas de vomissements alimentaires. De temps en temps, syndrome de Reichmann; pas d'hémorragies occultes.

Douleurs tardives dans la partie droite de l'abdomen.

Points: duodénal, épigastrique, para-ombilical droit, mésentérique supérieur, double point cervical.

Notons, de plus, une grande nervosité chez cette malade et une ptose gastrique et intestinale très accentuée, si bien qu'on pourrait rattacher à cette ptose tous les points douloureux marqués.

Lavement d'antipyrine et laudanum (n° 3) après lavement évacuateur.

On observe, une demi heure après l'administration du lavement la disparition complète de tous les points douloureux abdominaux, sauf le point duodénal qui reste intact, ainsi que le point cervical gauche; on oriente son diagnostic vers une affection duodénale, une vérification opératoire montre qu'il s'agissait bien d'ulcus duodénopylorique.

Observation XIV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Cholécystite. Ulcus duodénal

M. X..., 35 ans, se plaint de douleurs gastriques tardives par rapport aux repas. Le foie et la rate sont un peu gros; individu très nerveux; insomnies. Au premier examen, on note des points douloureux multiples:

Points: cystique, duodénal, para-ombilicaux, mésentériques, cervicaux.

Après lavement évacuateur, on donne le lavement d'antipyrine (n° 1). On constate une demi heure après la disparition complète des points cœlialgiques (para-ombilicaux et mésentériques). La persistance des points cystique et duodénal et des deux points cervicaux. Le lendemain, après lavement évacuateur, on donne le lavement d'antipyyrine et de laudanum (n° 3). On constate, après une demi-heure la disparition des points cœlialgiques, une atténuation extrême du point vésiculaire et du point

cervical droit. La persistance du point duodénal et du point cervical gauche. La radioscopie décèle des signes nets d'ulcus duodénal. Il s'agissait donc ici de double lésion vésiculaire et duodénale.

Observation XV

(Personnelle)

Cholécystite. Ulcus duodénal

Mlle X..., 22 ans, entre à l'hôpital pour troubles gastriques (antécéents paludéens). Début de la maladie, il y a trois ans par douleurs épigastriques, non irradiées, survenant d'abord avant l'ingestion des aliments, puis calmées par les aliments et reprenant immédiatement après. Ces douleurs deviennent ensuite tardives et surviennent surtout la nuit (vers 2 heures du matin). Il y a dix mois, vomissements surviennent le matin à jeun et un quart d'heure environ après les repas (ces derniers ne contiennent souvent pas de débris alimentaires), pas d'hématémèse, ni mélæna, constipation habituelle. Tous ces troubles vont en s'accentuant, surtout les douleurs qui deviennent continues, avec paroxysmes aux moments sus-indiqués (amaigrissement de 17 kilos en un an). Notons enfin des antécédents héréditaires et personnels très chargés au point de vue névropathique.

L'examen du tube digestif révèle à la palpation :

Un point épigastrique, un point duodénal, un point vésiculaire, de nombreux points cœlialgiques, un point cervical droit très net, un point cervical gauche moins marqué.

Après lavement évacuateur, on donne le lavement d'antipyrine (n° 1). Après une demi-heure, on constate la disparition des seuls points cœlialgiques.

Le lendemain, après lavement évacuateur, on donne le lavement de laudanum et d'antipyrine (n° 3). Après une demi heure, on constate la disparition des points cœlialgiques, du point vésiculaire et cervical droit. Le point duodénal reste très douloureux, ainsi que le point cervical gauche.

Le lendemain, après lavement évacuateur, on donne le lavement de belladone (n° 4) ; un quart d'heure après, on note une atténuation très marquée des points duodénal et épigastrique, le point vésiculaire reste très net; une demi heure après, seule la palpation profonde et prolongée, décèle encore une légère sensibilité, au niveau du point duodénal. Le point cervical gauche n'est plus perceptible. La paroi est tout à fait relâchée; notons qu'avant le lavement (n° 4), la pression localisée au point duodénal arrachait des cris à la malade.

La radioscopie montra, après ingestion de bouillie bismuthée, une évacuation très rapide de l'estomac dont le fond se trouve à deux travers de doigt du pubis. Au cours de l'évacuation, on constate une dilatation marquée du bulbe duodénal avec point douloureux très localisé à ce niveau.

La réaction de Weber est positive, deux fois sur cinq examens. Nous pensons qu'il s'agit ici d'ulcus duodénal chez une femme présentant une légère atteinte de cholécystite chronique.

Observation XVI

(Personnelle)

Ulcus gastrique

Mlle F. L..., 26 ans, entre à l'hôpital pour dyspepsie chronique. Troubles gastriques depuis l'âge de 10 ans;

douleurs violentes au creux épigastrique et vomissements. Digestion difficile des graisses, constipation opiniâtre.

Depuis un an, douleurs tardives, deux à trois heures après les repas, on note un vomissement noirâtre suivi de mélæna, ayant duré trois ou quatre jours.

A l'examen, on voit une femme amaigrie au teint jaune. Le ventre est flasque, déprimé.

On note: un point épigastrique, des points para-ombilicaux, les points mésentériques.

Après lavement évacuateur, on donne le lavement d'antipyrine (n° 1). Une demi heure après les points para-ombilicaux et mésentériques ont disparu. Le point épigastrique est intact.

Le lendemain, on donne le lavement de belladone (n° 4); une demi heure après le point épigastrique n'est plus sensible.

La radioscopie montre un estomac un peu atone, sans sténose. Du côté de la grande courbure, on remarque une petite zone épaissie et répondant à un point très nettement douloureux. La réaction de Meyer est positive, deux fois sur dix.

Il s'agit vraisemblablement d'un vieil ulcus gastrique, en voie de cicatrisation. Les pansements au bismuth, suivant la méthode de Fleiner amènent une telle amélioration, qu'on diffère l'intervention chirurgicale qui aurait permis une vérification plus certaine de notre diagnostic.

Observation XVII

(Personnelle)
Colique hépatique

Mme X..., 45 ans, entre à l'hôpital pour crise douloureuse abdominale, surtout localisée à droite. Plusieurs co-

liques hépatiques antérieures, poussée d'ictère, il y a un mois. A l'examen, le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. La vésicule n'est pas perceptible.

On trouve: points cystique, para-ombilical droit, duodénal, épigastrique, de Mac Burney, de Lanz.

Du reste, l'abdomen est très douloureux, au niveau de tous les points du côté droit. La crise douloureuse date de la veille, un ictère des muqueuses est apparu.

Après lavement évacuateur, on donne le lavement de laudanum et d'antipyrine (n° 3).

Après un quart d'heure, pas d'atténuation des points.

Après une demi heure et trois quarts d'heure, tous les points sont encore perceptibles, et la pression au point cystique réveille une douleur irradiée à tout l'abdomen.

Observation XVIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Parturier)

Appendicite aiguë

Abbé L..., sujet très nerveux en traitement pour cholécystite. La région appendiculaire explorée plusieurs fois n'était ni douloureuse ni tendue. Brusquement, élévation de température avec angine intense. Deux jours après, crise douloureuse violente que le malade prend pour une colique hépatique. A l'examen, tout le ventre est douloureux.

On note: points cytique, épigastrique, de Mac Burney, de Lanz, para-ombilicaux, mésentériques, duodénal.

Le côté droit de l'abdomen est très nettement tendu.

Après lavement évacuateur, on donne lavement d'antipyrine et de laudanum (n° 3). Les divers points disparaissent après une demi heure, sauf les points de Mac

Burney et de Lanz qui restent intacts. On opère le lendemain et on trouve une appendicite suppurée.

Observation XIX

(Personnelle)

Appendicite aiguë

M. F..., 18 ans, entre à l'hôpital pour appendicite aiguë à opérer. La crise datant de quatre jours et la réaction péritonéale peu marquée, on décide d'intervenir à froid.

Le lendemain de l'arrivée du malade, on note: points de Mac Burney, de Lanz, épigastrique.

La pression, en un de ces points provoque une douleur irradiée à tout l'abdomen.

Les différentes épreuves pratiquées, à un jour d'intervalle, ne nous ont donné aucun résultat.

Le lavement d'antipyrine (n° 1) n'a calmé aucun point douloureux après une demi heure et trois quarts d'heure.

Le lavement de belladone (n° 4) n'a calmé aucun point

Le lavement de laudanum (n° 2) diminue très nettement la contracture de la paroi, et atténue légèrement les points; mais la pression, au point de Mac Burney, et au niveau des autres points, est toujours très douloureuse.

La chaleur (n° 5) laisse les points intacts et ne supprime pas le moins du monde la défense.

La glace (n° 6) laissée en place pendant deux jours, produit un relâchement manifeste de la paroi, mais ne diminue que très peu les points douloureux.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic des affections abdominales des voies digestives et biliaires, entr'elles et avec les cœlialgies, peut être très difficile et parfois insoluble.

II. — Les moyens cliniques en usage sont souvent insuffisants; la recherche clinique et même la recherche sous l'écran radioscopique des points douloureux abdominaux, est souvent gênée par la multiplicité même de ces points; les points lésionnels pouvant être masqués par les points cœlialgiques.

III. — Il existe des médicaments et des procédés physiques dont l'action est élective vis-à-vis des points douloureux abdominaux:

a) L'antipyrine agit sur les points cœlialgiques;

b) La belladone sur les points gastriques et duodénaux;

c) L'opium sur tous les points mais particulièrement sur les points vésiculaires.

d) La chaleur surtout sur les points vésiculaires;

e) Le froid sur les points appendiculaires.

IV. — On peut, grâce à cette électivité médicamenteuse et en procédant à une série d'épreuves simples et clini-

ques, dissocier et sélectionner les points douloureux abdominaux, d'où examen plus facile de ces points isolés qui permet de confirmer un diagnostic incertain ou d'établir un diagnostic précis.

V. — Cette méthode, très utile dans les cas chroniques, ne donne pas de résultat dans les cas aigus.

BIBLIOGRAPHIE

Albu (A.). — Die Differential Diagnos. der Abdominellen Krampfzüstande und ihre Behandlung. *Deut. Med. Woch.,* Leips. und Berlin, 1912, XXXVIII, 1025-1028.

Barker (J.-C.). — Differencial diagnosis between düodenal ulcer, appendicitis and diseases of the gall blader. *Practitioner,* London, 1920, CV, 292-297.

Behrend (M.). — The significance of abdominal pain. *Med. Rec. N.-Y.*, 1917, XCII, 188-190.

Bernard (Claude). — Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, t. II, p. 419 (1856-1858).

— Antagonisme du sympathique et du pneumogastrique. *Société de biologie,* 1884, p. 93.

Block (L.). — Differential Diagnosis and duodenal ulcer, and gall bladder disease. *Illinois M. J.,* Chicago, 1921.

Byrne (J.). — The mecanisme of pain from the physiological stand point.. Preliminary note. *Neurol. Bulletin,* N.-Y., 1919, 62-64.

Cade et Parturier (G.). — Traitement médical de l'ulcère du duodénum. *Bulletin général de thérapeutique,* Paris, 1918-19, CLXX, 741-750.

— Séméiologie de l'ulcus duodénal non compliqué. *J. médical français,* juin 1919.

Caravia. — De l'antipyrine. *Thèse Paris,* 1887.

Castaigne (J.). — L'épreuve du repos hépatique; son importance pour le diagnostic étiologique des gros foies. *Journal médical français,* 1913.

Cœcikas (J.). — Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les algies abdominales. *Rev. méd.,* Paris, 1912, XXXII, 40-60.

Colaneri. — La ptose de l'estomac et du duodénum. *Th. Paris,* 1919.

Courtade et Guyon. — Influence motrice du sympathique sur l'intestin grêle. *Archives de physiologie,* p. 423; *Société biologie,* 1896, p. 1017.

Cross (F.-B.). — The significance of pain, in abdominal diagnosis from the medical stand point. *Long Island M. J.,* Brooklyn, 1921, VI, 169.

Crowell (H.-C.). — The clinical significance of epigastric symptoms. *J. Missouri M. Ass.,* St-Louis, 1910-1911, p. 116.

Davis (J.-E.). — The differential diagnosis of organic and functionnal diseases of the stomach. *J. Michig. M. Soc. Detroit,* 1910, IX, 543-546.

Deaver (J.-B.). — The differenciation of abdominal pain. *Bull. med. et chir. Fac. Maryland. Balt.,* 1917.

— Abdominal pain its significances and diagnostic value. *Boston med. et S. J.,* 1914-15, CXXI, 973-75.

De Giovanni (A.). — Il dolore celiaco. *Gazz. osp. Milano,* 1910.

De Luna. — Les syndromes duodénaux. *Marseille médic.,* 1921, juillet-août.

Descomps et Brousse. — Les points douloureux abdominaux. *Paris Méd.,* 1912-13, IX; *idem,* 1913, XI.

Rubard (M.). — Ulcère gastro-duodénal et appendicite chronique; signe du pneumogastrique. *Lyon chirurgical,* 1918, XV.

Dujardin-Beaumetz. — Leçons de clinique thérapeutique, 1891.

Eastmann (F.-C.). — The significance of pain in abdominal diagnosis, from the neurological stand point. *Long-Island M. J. Brooklyn,* 1912, VI.

Ewers (M.-V.). — Methods of examination in gastro-intestinal mal. cases. *N.-Y. M. J.,* 1916.

Fairchild (D.-S.). — Extragastric conditions producing gastric symptoms. *Iowa M. J. Desmoines,* 1910-1911.

Funkhauser (R.-M.). — The diagnostic significance of abdominal pain. *J. Missouri M. Ass. St-Louis,* 1911.

Garan. — Le point de Mac Burney et le point de Lanz dans l'appendicite. *Lyon chirurgical,* t. III, n° 5, 1er mai 1910.

Gibbes (J.-H.). — Differenciation of organic and functional disorders of the stomach. *South. Med. J. Birmingham,* 1919.

Grube (R.-H.). — Abdominal pain. *Ohio M. J. Columbus,* 1912.

Guillaume (A.). — Le sympathique et les systèmes associés. Paris, 1921.

Hamant (A.). — De l'importance du diagnostic précoce dans les lésions de l'estomac. *Revue médicale de l'Est,* Nancy, 1920.

Haussmann (T.). — Die metodische gastro intestinal palpation und ihre Ergebnisse. Berlin, 1910, S. Kaiger, 8°.

Heard (J.-D.). — Some general considerations in regard to right hypochondriæ pain. *Interstate M. J. St-Louis,* 1911.

Jackson (H.). — Abdominal pain. *Boston M. et S. J.,* 1917.

Jump (N.-D.). — Pain of the upper abdomen due to chronic disorders. *J. Med. Soc. N.-Jersey, Orange,* 1915.

Kelly (H.-A.). — Abdominal pain. *Interstate M. J. St-Louis,* 1911.

Lanz. — Der Mac Burney scher punkt. *Zentralblatt f. Chir.,* 15 févr. 1908.

Lauder Brunton. — Action des médicaments.

Leclerq (J.) et Leroy (H.). — Pathogénie des douleurs abdominales. *Echo médical Nord,* Lille, 1913.

Legueu. — Clinique de l'hôpital Laënnec rapportée dans *Journal des praticiens,* 1910.

Lejars. — Les fausses lithiases biliaires. *Semaine médicale,* 26 nov. 1913.

Leven (G.). — La dyspepsie. Paris, 1913.

— Dilatation et ptose de l'estomac. *Journal médical français,* 15 juillet 1912.

— Une épreuve thérapeutique simplifiant le diagnostic différentiel des maladies de l'estomac et du foie. *Presse médicale,* 1919.

Leven (Manuel). — Estomac et cerveau, 1884.

Lœper (M.). — Les crises entéralgiques du tabes, avril 1900.

— Entéronévrites et arythmies de l'intestin. *Journal médical français,* juin 1919.

— Leçons de pathologie digestive. Paris, 1914.

Lœper et Esmonet. — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen. *Presse médic.,* 23 avril 1910.

— Points douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires. *Bulletin médical,* 28 mai 1910.

Mac Arthur (A.-W.). — Significance of pain in the upper abdomen. *Med. Progress Louisville,* 1913.

Mackensie (James). — Les symptômes et leur signification. Traduit de l'anglais par A. Guillaume, 1920

Mann (A.-T.). — Abdominal pain together with some aspects relating to diagnosis. *Journal Lancet Minneapolis,* 1912.

Manquat. — Traité de thérapeutique et de pharmacologie.

Marsha (N.-M.). — Pain in abdominal disease. *Lancet clinic. Cincin.,* 1911.

Mathieu et Girault. — L'atropine dans le traitement de l'ulcus de l'estomac. *Société de thérapeutique,* 23 avril 1913.

Meunier (L.). — Diagnostic topographique d'une ulcération du tube digestif. *Presse médic.,* Paris, 1920.

Moore (J.-C.) et Kilroe. — The use of belladona in dyspepsia. *Proc. roy. Soc. med. London,* 1910-11.

Nifong. — The significance of abdominal pain and the mal administration of opium. *J. Missouri M. Ass. St-Louis,* 1911-1912.

Parturier (G.). — La colique vésiculaire. *Thèse Paris,* 1910.

— Séméiologie de la vésicule biliaire. *Journal médical français,* 15 avril 1914.

— Note sur le diagnostic clinique des syndromes douloureux de la région vésiculaire. *Revue de clinique,* Paris, 1918.

— Traitement de la colique vésiculaire. *Société thérapeutique,* 1913.

— Diagnostic différentiel de l'ulcus duodénal vrai non compliqué. *Revue de médecine,* 1921.

— et Aimard. — Ulcus de la deuxième portion du duodénum. Contribution à la séméiologie cliniq. et radioscopique, basée sur 18 cas. *Bulletin et mémoires Soc. méd. hôp.,* Paris, 1920, 3e série.

— et Durieux. — Le point duodénal.

Pron — La palpation profonde de l'estomac. *Paris medical*, 1918.

— Difficultés du diagnostic de l'appendicite chronique (d'après Th. Haussmann). *La Clinique*, 14 octobre 1910.

Rage. — La dyspepsie nerveuse. *Arch. méd. belges, Brux.*, 1910, 4e s.

Richaud. — Précis de thérapeutique.

Roux (J.-Ch.). — Recherches sur la viciation de la sensibilité gastrique. *Rev. médec.*, 11 nov. 1899.

— Lésions du grand sympathique et leurs rapports avec les troubles de la sensibilité viscérale. *Thèse Paris*, 1900.

— Les troubles du système nerveux viscéral. In *Traité de pathologie générale et de thérapeutique appliquée de Sergent*, t. XI: appareil digestif.

Ruillier. — Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques. *Thèse Paris*, 1900.

Sée (G.). — De l'antipyrine contre la douleur. *Acad. des sciences*, 15 avril 1887.

Segond. — Essai sur la névralgie du grand sympathique. Colique du Poitou, 1837.

Strauch (F.-W.). — Magenneurose und magengeschwür. *Med. Klin. Berlin*, 1919.

Symes (J.-O.). — The diagnosis of the causes of chronic recurrent abdominal pain. *Med. Press. London*, 1913.

Thomas (C.-P.). — The significance and treatment of abdominal pain. *Califor. states J. M. San Franc.*, 1911.

Vasselle (P.). — Recherches sur la zone d'exploration du duodénum. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1921, 3e série.

Weil (Marguerite). — Points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils comportent. Paris, 1911.

Zweig (W.). — Die abdominal trias (ulcus duod. cholecystitis, appendicitis. *Arch. f. Verdanungs Kr. Berlin,* 1920-1921.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Quelques Points douloureux de l'Abdomen.

Par M. Georges AVIERINOS

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 2 mars 1922.

Le Professeur,

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 2 mars 1922.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 2 mars 1922

Le Recteur,

Jules COULET.